DIE

EINFACHE CHRONISCHE

EXSUDATIV-PERITONITIS

VON

DR. HERMANN VIERORDT,
PRIVATDOCENT, I. ASSISTENZARZT DER MED. KLINIK
AN DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN.

TÜBINGEN 1884.
VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG.

Druck von H. Laupp in Tübingen.

VORWORT.

Vorliegende Monographie behandelt eine Form der chronischen Peritonitis, welcher die allgemeine und principielle Anerkennung von theoretischer, wie praktischer Seite noch fehlt. — Ein verhältnissmässig grösseres Material eigener Beobachtung rechtfertigt wohl den Versuch, nach früheren Vorgängen diese Form der chronischen Bauchfellentzündung, die vielfach mit anderen zusammengeworfen und verwechselt wurde, klinisch abzugrenzen. Der vielleicht etwas schleppend erscheinende Name, den ich für die Affektion vorschlage, war wohl kaum zu vermeiden, wenn anders der Name die wesentlichsten Charakteristika der Krankheit zum Ausdruck bringen sollte. Im Uebrigen darf ich es betonen, dass mich bei dieser Arbeit weniger die Sucht geleitet hat, eine scheinbar »neue« Krankheitsform aufzustellen, als vielmehr das Bestreben, den der klinischen Beobachtung sich aufdrängenden Thatsachen mit möglichster Objectivität gerecht zu werden. In wie weit dies gelungen ist, soll der Entscheidung des Lesers anheimgegeben sein.

Mein verehrter Chef, Hr. Prof. Dr. v. Liebermeister, hat mich durch Ueberlassung des Materiales zu vorliegender Arbeit und freundlichste Unterstüzung mit literarischen Hilfsmitteln zu grossem Dank verpflichtet.

Tübingen, 29. October 1883.

H. Vierordt.

INHALT.

	Seite.
Casuistik	1
Pathologische Anatomie	78
Symptomatologie	82
Aetiologie	96
Prognose	116
Diagnose	120
Therapie	130
Nachtrag	141

Unter den Begriff der Peritonitis fallen so verschiedene, der Intensität nach abgestufte Affektionen des Bauchfelles, vor allem so schwere und oft genug mit fast absoluter Sicherheit zum Tode führende, dass es nicht verwundern darf, wenn neben diesen die leichten oder gar leichtesten Fälle, denen die autoptische Bestätigung zumeist fehlt, keine oder nur wenig Beachtung von Seiten der Praktiker gefunden haben.

Von den Autoren bald acceptirt, bald wieder verworfen, sind sie noch weit davon entfernt, Gemeingut der ärztlichen Diagnostik zu sein. Zum Theil mag es daran liegen, dass ihre, im Ganzen genommen doch nicht allzugeringe, Häufigkeit nach Bevölkerungsgruppen zu variiren scheint, oder auch dass sie, so auffallend es auf den ersten Blick erscheinen mag, dem Diagnostiker bei nicht speciell darauf gerichteter Untersuchung entgehen; die nach notorischem Kranksein erfolgte, oft rasch sich vollziehende Heilung pflegt dann auf irgend welche andere Krankheiten bezogen zu werden. Es sind mir schon, namentlich auch fremdländische, Aerzte begegnet, welche mit jenen leichteren Formen und der Art, wie sie aufzufassen sein könnten, nicht vertraut waren. — Um an sich einfache Thatsachen nicht noch besonders zu compliciren, will ich zunächst nur die reinen Fälle von exsudativer Peritonitis, soweit sie auf der hiesigen medicinischen Klinik des Hrn. Prof. v. Liebermeister beobachtet wurden, besprechen, Fälle, die alle dadurch sich auszeichnen, dass sie bei wenig eingreifender oder auch wohl indifferenter Behandlung zu wesentlicher Besserung oder vollständiger Heilung gelangten.

1) Marie K., 6 J. alt, von Waldenbuch, aufgenommen 2. VI. 1875. — In der Familie der Kranken ist nichts von Lungenaffektionen, speciell von Phthisis bekannt; die Eltern leben, sind gesund.

Die Mutter hat 12 mal geboren, zweimal abortirt; 5 von den Kindern leben; Todesursache der Gestorbenen ist nicht mit Sicherheit zu bestimmen.

Schon bei der Geburt soll Pat. einen grösseren Bauch als andere Kinder gehabt haben, war dabei sehr schwach, litt die ersten 3 Jahre viel an Diarrhoëen und blieb immer mager. Ab und zu kurzer Athem, sehr selten Husten. Von Kinderkrankheiten machte Pat. die Masern durch. Bis Herbst 1874 soll das Abdomen ganz langsam und allmählich, dann aber ohne nachweisbare Veranlassung in relativ kurzer Zeit rasch gewachsen sein unter zeitweiligen sehr heftigen Schmerzen. Vom Arzt verordnete Salzbäder, deren etwa 20 genommen wurden, bewirkten leichte Besserung im Frühjahr, bis der Bauch neuerdings anzuschwellen begann und allmählich die jetzige Grösse erreichte. Pat. lag dabei nie anhaltend zu Bette, trieb sich mit andern Kindern viel auf der Strasse herum, hatte guten Appetit.

Status praesens 2. VI. 75. Anämisches mageres Kind. Kein Oedem der Beine. Lungen-Lebergrenze im V. Intercostalraum; H. U. normale Grenzen; nirgends abnorme Dämpfung auf der Lunge; H. R. O. vereinzelte, kleinblasige, feuchte rhonchi. — Herzspitzenstoss im V. Intercostalraum. Töne rein.

Abdomen stark gespannt, misst über den Nabel 60 cm., im grössten Umfange 62, enthält einen leicht die obere Grenze wechselnden freien Erguss. Durchtastung des Abdomens lässt nirgends Schmerzhaftigkeit, vermehrte Resistenz oder einen Tumor nachweisen.

Körpergewicht 12,37 Kgr.

Klinische Diagnose: idiopathische chronische Peritonitis; die Möglichkeit einer tuberculösen Peritonitis wird offen gelassen, dieselbe jedoch für sehr unwahrscheinlich erklärt, definitive Entscheidung vom Verlaufe abhängig gemacht.

Ordination: Einreibung von Unguent. ciner. in das Abdomen, 2,0 p. die.

Im weiteren Verlaufe konnten bei täglich ausgeführten Temperaturbestimmungen (in recto) leichte Fieberbewegungen des Abends constatirt werden, in maximo 38,5°, die höchste Morgentemperatur

war 37,1°; an 24 von 70 Tagen war die Abendtemperatur normal, 37,5° und weniger. Urinmenge konnte nicht bestimmt werden.

28. VI. Grösste Bauchperipherie 63 cm., Gewicht 13,16 Kgr., immer noch zeitweilige Rasselgeräusche R. H. O., es besteht mässiger Husten, schleimig-eitriges Sputum.

10. VII. Bauchumfang unverändert; doch ist das Abdomen bedeutend weicher geworden. Rasselgeräusche auf der Lunge nicht mehr nachzuweisen, Husten hat aufgehört. Appetit gut.

12. VIII. Bauchumfang 60 cm., Bauch weich, gut zu durchtasten, nichts Abnormes zu constatiren. Gewicht 14,0 Kgr.

Im Ganzen sind 70 gr. Unguent. ciner. eingerieben. — Entlassen über die Herbstferien.

Zweite Aufnahme 28. X. 75, nachdem Pat. die letzten 10 Wochen sich ziemlich gleich befunden hatte. Pat. war meist ausser Bette, hatte guten Appetit, regelmässigen Stuhl.

Status praesens ergiebt, wie früher, aufgetriebenen, nirgends empfindlichen Bauch; Peripherie über den Nabel gemessen 61 cm., Maximum 63. In den seitlichen und unteren Partheien des Abdomens 3 Querfinger hohe, mit horizontaler oberer Grenze verlaufende, einem freien Erguss entsprechende Dämpfung; bei stärkerer Percussion tönt Darmschall durch.

Auf den Lungen voller Percussionsschall, reines Vesiculärathmen. — Herz normal. — Nirgends Hautödeme. — Auf jedem Auge eine Phlyctaene. Gewicht 15,2 Kgr.

Ordination: Syrup. ferr. jodat. innerlich, Unguent. cin. in tägl. Dose von 1,0 in den Bauch eingerieben. Calomeleinstreuung in die Augen (später Atropin).

6. XI. Syrup. ferr. jodat. abwechselnd mit Leberthran.

20. XI. Bauchumfang über den Nabel nicht ganz 60 cm. Ueberall tympanitischer Darmschall, der übrigens 2 Finger breit unter dem Nabel etwas dumpfer zu werden beginnt. Gewicht 15,5 Kgr.

24. XI. entlassen mit der Weisung, den Winter über Ol. jecor. Aselli zu nehmen.

Am 17. XI. 82 wurde Pat. in hiesiger chirurgischer Klinik wegen ulcerirender Lymphome zu beiden Seiten des Halses operirt.

Auskrazung mit dem scharfen Löffel, Jodoform-Carbolverband. Normaler Wundverlauf. Intercurrent ein leichtes Erysipel der Nase, rechten Wange, des r. unteren Augenlides und der Schläfe. Die Operationswunde blieb stets frei von Erysipel. — Pat. erscheint für ihr Alter etwas klein und schwächlich, im Uebrigen bestehen aber keine wesentliche Anomalieen.

2) Jacob H., 40 J. alt, Gerichtsaktuar von Haigerloch, aufgenommen 7. I. 1879. Pat. angeblich in der Hauptsache gesund bis zum Beginn des jezigen Leidens; es bestand nur Neigung zu Obstipation und seit Jahren ein gewisser «Brechreiz» mit dem fortwährenden lästigen Gefühle, als ob etwas im Halse steckte, das durch Würgen entleert werden müsste. — Am 9. März 1878 will sich Pat., nachdem er vorher in einem sehr warmen Zimmer sich aufgehalten hatte, bei einer Fahrt im offenen Wagen erkältet haben. Am 13. März musste er sich zu Bette legen wegen heftiger Schmerzen, die hauptsächlich im Epigastrium localisirt waren. Erbrechen war nicht vorhanden, auch der frühere Brechreiz nicht vermehrt. Pat. will Fieber gehabt haben; der Puls soll bis auf 130 Schläge in der Minute gestiegen sein. Der Arzt sprach von «Magenentzündung», ordinirte für einige Tage Eisumschläge auf das Epigastrium, darnach Kataplasmen. Bis zum 29. April lag Pat. zu Bette, am 8. (od. 10.) April konnte er wieder sein Bureau besuchen, befand sich überhaupt angeblich ganz wohl. Im Mai begann Pat. eine Milchkur, die er 30 Tage lang fortsetzte, daneben trank er wegen Obstipation Friedrichshaller Wasser, das auch späterhin viel gebraucht wurde. Nach der Kur trat wesentliche Besserung ein. — Beschwerden von Seiten des Magens traten den ganzen Sommer über nicht auf; Pat. hebt hervor, dass er schwer verdauliche Speisen, Rettige etc., sehr gut ertragen habe.

September 1878 stellten sich leichte Schmerzen im Unterleibe ein, die Pat. aber nicht sonderlich achtete; er arbeitete weiter, trotz gleichzeitig auftretender Zunahme des Brechreizes.

Am 28. Oktober will Pat. nach vorausgegangener stärkerer Erhitzung gefroren haben; es traten bedeutende Schmerzen im Unterleib auf, die am 30. so heftig wurden, dass Pat. sich zu Bette legte.

Das Abdomen war auf Druck ziemlich schmerzhaft, der Stuhlgang noch mehr als bisher angehalten. Therapeutisch kamen Laxantien zur Anwendung. Nach 10 Tagen fühlte sich Pat. wieder so weit gekräftigt, dass er seinen Geschäften nachgehen konnte; doch will er sich seitdem nie mehr recht erholt und stets schlecht ausgesehen haben. —

Am 27. (?) December trat eine plötzliche Verschlimmerung der bisher nur geringen und intermittirenden Bauchschmerzen ein; doch blieb Pat. nur 2 Tage im Bette. Vom Arzte soll damals eine Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend constatirt worden sein; Pat., der sie auch gefühlt haben will, bezeichnet sie als kleinapfelgross. Der Arzt sprach von «Magenerweiterung». — Zuweilen fühlte Pat. eine Bewegung im Bauche, die mit lebhafteren Schmerzen verbunden war, doch hatte er auch vollständig schmerzfreie Zeiten. — Der Brechreiz hat bis jetzt angehalten, zum Erbrechen ist es aber nie gekommen. Appetit ist seit einem ¼ Jahre schlecht, seit einiger Zeit aber ganz gering geworden. — Oedeme irgend welcher Art, sowie Urinbeschwerden sind nicht beobachtet.

Status praesens vom 8. I. 79. Grosses blasses Individuum ohne Oedeme. — Gewicht 60,35 Kgr. — Brustorgane ohne nachweisbare Anomalie. —

Epigastrium in geringem Grade druckempfindlich, Magen nicht erweitert. R. Unterbauchgegend auf Druck mässig schmerzend lässt eine gewisse Resistenz, verglichen mit L., erkennen, aber keinen deutlich abgrenzbaren Tumor. — Bei horizontaler Rückenlage kann eine deutliche Dämpfung in den abhängigen Parthieen des Bauches mit Sicherheit nicht nachgewiesen werden; sie tritt dagegen ein bei Seitenlage, wenn man die tiefstgelegenen Parthieen percutirt und auch dann nur, wenn man das Abdomen über den Bettrand überhängen lässt. —

Bei aufrechter Körperstellung wird eine Dämpfung in der Unterbauchgegend constatirt, die mit horizontaler oberer Grenze 2 Querfinger breit unterhalb des Nabels verläuft; die Grenze verschiebt sich sofort bei stärkerem Vornüberbeugen des Rumpfes. Da Pat. seit 20 Stunden nicht mehr urinirt zu haben behauptet, so wird er

aufgefordert, es jetzt zu thun; er entleert auf einmal 650 c.cm. eines ziemlich dunkeln, nicht sedimentirenden, eiweissfreien Urins vom spec. Gewicht 1019. — Nach dem Uriniren steht die Dämpfungsgrenze bei aufrechter Stellung entschieden niedriger, hält die Mitte zwischen Nabel und Schossfuge, nimmt jedoch, wie vorher, die ganze Breite der Unterbauchgegend ein.

Leber und Milz sind nicht als vergrössert nachzuweisen. — Zur Beförderung reichlicher Darmentleerung Kaltwasserklystiere.

Am Abend kann bei aufrechter Stellung, wie am Morgen, deutliche Dämpfung mit horizontaler oberer Grenze constatirt werden.

9. I. 24stündige Urinmenge 2100 c.cm. — Befund wie gestern. — Wegen Rachenkatarrh's Infus. Salviae c. Alum.

10. I. Beginnt mit Kataplasmen auf den Bauch.

13. I. Wegen Obstipation Pulv. rad. Rhei.

17. I. Heftige Schmerzen in der rechten Schulter, die durch Salicylsaturation rasch sich bessern.

24. I. Keine Schmerzen im Abdomen mehr. Auch bei aufrechter Stellung und starkem Vornüberbeugen des Rumpfes kann ein Exsudat im Bauche nicht mehr nachgewiesen werden.

27. I. Exsudat nicht nachzuweisen. Aussehen gut, Schmerzen und Brechreiz sind gehoben.

Stets wurde Fieberlosigkeit constatirt; höchste Abendtemperatur 37,5°.

28. I. Auf Wunsch entlassen mit Gewicht von 60,2 Kgr.

3) Jacob M., 28j. Bierbrauer von Rohrdorf, wird am 2. Jan. 1880 in die Klinik aufgenommen. Seit dem 14. Jahre Bierbrauer trank er gewohnheitsmässig täglich 4 Liter (?) Bier, angeblich nie mehr; Branntwein und Wein nur sehr selten und in geringer Quantität. Von Phthisis in der Familie ist nichts bekannt. Bis vor drei Wochen war er vollkommen gesund und leistungsfähig; dann erkrankte er mit Husten und stechenden Schmerzen im rechten Hypochondrium und liess sich 3—4 Tage darauf, am 10. XII. 79 in das Spital zu R. aufnehmen. Das Abdomen war damals noch nicht geschwollen; es bestand lediglich Husten mit geringem, nie blutig

gefärbtem Auswurf, ab und zu, sofort nach dem Essen auftretendes und nie mit Blut gemengtes, Erbrechen. Wegen andauernder Schmerzen wurden nach 8tägigem Spitalaufenthalt 12 Schröpfköpfe auf den Bauch applicirt, und erst seit dieser Zeit soll, wie Pat. ganz bestimmt versichert, das Abdomen angeschwollen und auch vor zwei Tagen (!) ein Erguss in dasselbe constatirt worden sein; übrigens war der Bauch angeblich vor einiger Zeit eher noch gespannter als jetzt; Stuhlgang stets regelmässig. Icterus, stärkeres Oedem der Beine wurde nie beobachtet.

Status praesens. Mässiger Ernährungszustand; Gesicht etwas in's Gelbliche spielend, aber nicht deutlich ikterisch. Spur von Oedem über den Tibiae. Lungen-Lebergrenze am oberen Rande der VI. Rippe. Percussion ergibt ausser geringen, durch eine mässige Kypho-Skoliose bedingten Aenderungen des Percussionsschalles keine Anomalie, die Auscultation nur ganz vereinzelte trockene Rasselgeräusche.

Herzdämpfung normal, Spizenstoss schwach, diffus im Vten Intercostalraum etwas nach einwärts von der Mamillarlinie; Töne ziemlich laut, der erste zuweilen etwas unrein. Abdomen stark ausgedehnt, Peripherie über den Nabel gemessen 99—100 CM. Haut glatt und glänzend, von mehreren stärkeren Hautvenen durchzogen, Nabel verstrichen; exquisites Fluktuationsgefühl beim Anschlag an die unteren Bauchparthieen. Magengegend gibt hoch tympanitischen Schall; sonst am Abdomen absolute Dämpfung, die mit oberer horizontaler Grenze bei Rückenlage 3 Querfinger breit über den Nabel hinaufreicht; die Dämpfungsgrenze wechselt mit Seitenlage des Pat. und stellt sich auch hier horizontal. Percussion von Leber und Milz ist durch den Ascites wesentlich erschwert; erstere erscheint vergrössert, letztere nicht.

Urin frei von Eiweiss und Gallenfarbstoff.

T. A. 6^h 39,0. P. wechselnd, 112—120 p. Minute.

Gewicht 3. I. (mit Ascites) 66,3 Kg., früher in Kleidern 69,5—71.

7. I. Pat. hat andauerd mässiges Fieber, lässt Urin in ziemlich reichlichen Quantitäten bis 2000 c.cm. p. die (s. u. am Schluss der Krankengeschichte); der Nabel und seine Umgebung erscheint

in der Ausdehnung eines □″ geröthet, auf Druck jedoch nicht besonders schmerzhaft.

Ord.: Liqu. Kali acetici; Priessnitz'scher Umschlag auf das Abdomen.

8. I. Im filtrirten Urin höchstens spurweise Opalescenz; Eiweiss nicht sicher. Gewicht 61,4 K.

12. I. Abdomen viel weicher und kleiner. Peripherie 89 cm. — H. L. U. Dämpfung, mehr als der Kyphose entspricht.

[Die klinische Diagnose (14. I.) lautete auf chronische, nicht tuberculöse, Peritonitis, complicirt mit geringem pleuritischem Exsudat. Lebercirrhose wurde ganz abgesehen von vielleicht fehlender genügender Aetiologie, in Anbetracht des Mangels nachweisbarer Milzschwellung und des Vorhandenseins von Fieber, sowie von periumbilicaler Inflammation und gleichzeitiger Pleuritis als weitaus weniger wahrscheinlich erklärt, als die Peritonitis, mit welcher sämmtliche Erscheinungen in ungezwungenen Zusammenhang zu bringen sind.]

22. I. Bauchperipherie (reichlich gemessen) 88 cm. Gewicht 58 K.

29. I. Das geringe linksseitige Exsudat noch nachweisbar. In den Lungenspizen Vesiculärathmen; R. H. O. zeitweise leise, trockene Rasselgeräusche.

5. II. Bauchperipherie 86—87 cm. Abdomen viel fester, an einzelnen Stellen, z. B. in Ileocöcalgegend, lassen sich resistentere Parthieen durchfühlen. — Die Röthe um den Nabel ist nahezu verschwunden.

19. II.	Bauchperipherie	86—87	cm.	Gewicht	61,2	Kgrm.
26. II.	«	85—86	«	«	62	«
4. III.	«	87	«	«	63	«
11. III.	«	87—88	«	«	63,3	«

13. III. Neben dem früheren Tumor in der r. Unterbauchgegend lässt sich höher oben noch ein zweiter, auf Druck leicht schmerzender fühlen. Pat. gibt an, in der Gegend des letzteren zuweilen stechende Schmerzen, besonders beim Husten, zu haben.

16. III. Beginnt mit Einreibungen von Unguent. cinер. in das Abdomen, 2,0 p. die., sie wurden wegen beginnender Stomatitis am 26. III. ausgesetzt.

1. IV. 80. Pat. auf dringenden Wunsch entlassen. Sein Ernährungszustand ist ein ausgezeichneter; auf dem Abdomen sehr reichlicher Panniculus adiposus, worauf wohl die geringe Zunahme der Bauchperipherie zu beziehen sein dürfte (jezt 89—90 cm.). Das pleuritische Exsudat ist nicht mehr nachzuweisen; der Lungenbefund überhaupt ein negativer.

Bei Rückenlage ist ein Exsudat im Bauche nicht zu constatiren, nur die derberen, im Bauche zerstreuten, besonders in rechter Unterbauchgegend fühlbaren Knoten, über welchen der Schall matt tympanitisch ist; untersucht man den Pat. im Stehen, so lässt sich in den abhängigen Bauchpartheien eine (mit der Rückenlage verschwindende) Dämpfung mit oberer horizontaler Grenze feststellen. Die Gegend des Nabels ist nicht mehr entzündet, kaum geröthet. —

Zur leichteren Uebersicht der Urinmenge und des Fiebers, welche täglich controlirt wurden, mögen die aus 7tägigen Perioden sich ergebenden Mittel im Verein mit wöchentlichen Körperwägungen mitgetheilt werden. Es sind nur Abendtemperaturen [1]) aufgeführt. Die Morgentemperaturen waren bloss an den ersten 4 Tagen erhöht, zwischen 38,0 und 39,0 sich bewegend, späterhin normal und meist unter 37,0.

	Abendtemperatur (6 h).	24stünd. Urinmenge.	Gewicht
			3. I. 66,3 Kgr.
2.—8. I.	38,8	1600 c.cm.	61,4 «
9.—15.	38,7	2100 «	58,7 «
16.—22.	38,4	1850 «	58 «
23.—29.	38,8	2100 «	58,5 «
30. I.—5. II.	38,4	1950 «	58,9 «
6.—12.	38,0	2300 «	— «
13.—19.	37,6	2900 «	61,2 «
20.—26.	37,3	3000 «	62 «
27.—4. III.	—	2600 «	63 «
5.—11.	[8. III. A 36,9]	2700 «	63,3 «
12.—18.		2500 «	64,2 «

vom 16.—26. III. Unguent. ciner. eingerieben.

1) Alle in der Klinik gemessenen und in dieser Arbeit notirten Temperaturen sind in recto bestimmt.

19.—25.	2800 c.cm.	64,7 Kgr.
26.—31.	2400 «	65,7 «

Pat. hat nach einem Bericht vom März 1883 im Jahre 81 geheiratet, befindet sich vollständig wohl und geht täglich seinem Geschäft als Bierbrauer nach.

4) Andreas Sch., 40 J., Bijouteriefabrikant von Pforzheim, aufgenommen 31. I. 80. — Eltern wurden sehr alt; der Vater starb an den schwarzen Blattern, die Mutter an Lungenentzündung. — In der Familie ist nichts von Lungenkrankheiten bekannt.

Vor 10 Jahren angeblich 6mal hinter einander Gesichtsrose; sonst immer Neigung zu Verstopfung. Das jezige Leiden begann im Mai 79. Schon vorher will Pat. ab und zu gefroren haben. Der Arzt, den er wegen 8tägiger Verstopfung consultirte, entdeckte eine rechtsseitige Brustfellentzündung. Der strikten Weisung, anhaltend in's Bett zu liegen, kam Pat. nur 2 Tage lang nach, nahm dann aber, wie früher, seine Geschäfte wieder auf, um so mehr, als er nur ganz geringe Athemnoth und unbedeutendes Stechen in der rechten Seite verspürte. Erst Anfang Juli trat allmählig Besserung ein und im September und dem grössten Theil des Oktobers fühlte er sich wieder vollkommen gesund; über den specielleren Verlauf der Pleuritis weiss er nichts anzugeben, da er sich seit Mai nicht mehr hatte untersuchen lassen.

Am 26. October stellte sich plötzlich grosses Unbehagen, Aufgetriebensein des Bauches und die hartnäckigste Verstopfung ein, so dass alle Mittel, die bisher zu wirken pflegten, den Dienst versagten. Eine besondere Empfindlichkeit des Bauches soll nie vorhanden gewesen sein; etwa 4—5 Tage lang zeigte sich die frühere Athemnoth, verbunden mit heftigem Fieber; zwei Aerzte, die er consultirte, hielten seine Krankheit für bedenklich, sprachen sich aber nicht näher aus. Das Fieber soll Anfangs November so heftig geworden sein, dass Pat. c. 14 Tage lang nicht bei voller Besinnung war; erst gegen Ende November wurde ein Erguss in die Bauch- und linke Pleurahöhle constatirt; Ende December konnte Pat. wieder versuchen aufzustehen, bis dahin hatte er anhaltend im Bette gelegen. Die Unterextremitäten waren während der ganzen Zeit nach

der Aerzte Aussage nie geschwollen. Bemerkenswerth ist noch, dass Pat., der früher mit lauter Stimme gesprochen haben will, Anfangs November, angeblich bei einer gemüthlichen Aufregung, plötzlich die Stimme verlor und ungefähr 5 Wochen lang nur noch leise flüstern konnte; gegen Mitte December kam allmählich die Stimme wieder, blieb jedoch von da unverändert heiser, wie sie es jezt noch ist.

Status praesens. Mässig genährtes, blasses Individuum.

Spurweises Oedem über den Tibiae, wo zahlreiche kleine Hautvenen leicht erweitert erscheinen. Thorax dünn, mit etwas weiten Intercostalräumen. Wirbelsäule leicht skoliotisch. — Am Thorax besteht H. R. O. sowie V. R. im ersten Intercostalraum geringe Dämpfung gegen L.

Lungen-Lebergrenze am oberen Rande der VII. Rippe. H. U. beiderseits Dämpfung, die L. 2, R. 3 Querfinger breit unterhalb des angulus scapulae beginnt und horizontale obere Grenze zeigt. Das Athemgeräusch ist in beiden Lungenspizen sehr schwach, unbestimmt, am deutlichsten hört man daselbst noch die Herztöne. L. H. O., aber noch mehr R. H. O., werden vorübergehend leise trockene Rasselgeräusche vernommen, an lezterer Stelle für Augenblicke einige wenige feuchte, kleinblasige rhonchi. V. infraclaviculär ist das Athemgeräusch beiderseits vesiculär, saccadirt. — H. U. über der Dämpfung links gänzlich aufgehobenes, rechts sehr schwaches unbestimmtes Athmen; daneben vereinzelte feine Rasselgeräusche. Stimmfremitus R. H. U. nur ganz spurweise fühlbar, L. H. U. so gut wie keine Erschütterung. Dabei ist zu bemerken, dass Pat. aphonisch ist (Lähmung des linken Stimmbandes ohne anatomische Veränderung nach Untersuchung von Hrn. Prof. Bruns); höher oben wird deutlicher Fremitus gefühlt. —

Leberdämpfung reicht in der Mamillarlinie bis zum Rippenbogenrand.

Herzspizenstoss sehr schwach fühlbar im V. Intercostalraum etwas nach einwärts von der Mamillarlinie. Herzdämpfung verkleinert, so dass eigentliche absolute Dämpfung nicht besteht. An der Herzspize erscheint der zweite Ton zuweilen (nicht immer) gespalten;

andere Male wird, namentlich mehr gegen den linken Sternalrand hin, der erste Ton gespalten gehört, oder ist derselbe von leisem Geräusch begleitet. Die Töne der grossen Gefässe im Ganzen schwach, der zweite accentuirter, zuweilen leicht gespalten. — T. 31. I. Abds. 37,2°.

Abdomen etwas gespannt, teigig anzufühlen, misst über dem Nabel 88 cm.; in der Nähe des lezteren ist es, weniger bei Druck, als bei stärkerer Percussion, in geringem Grade schmerzhaft. Die abhängigen Bauchparthieen geben bei horizontaler Rückenlage gedämpften Schall mit oberer horizontaler Grenze; bei Lagewechsel ändert sich auch die Dämpfungsgrenze, jedoch nicht sofort, sondern erst nach einiger Zeit, wenn man durch Kneten des Bauches etwas nachhilft. — Milzdämpfung ist z. Zeit nicht zu constatiren. — Urin frei von Eiweiss.

4. II. Beginnt mit Kataplasmen auf den Bauch.

9. II. Bauchperiphere 85, 12. II. 82 cm. — Aussehen und Allgemeinbefinden sehr gut. Exsudat im Gleichen.

22. II. Am Mittagessen noch vollständige Euphorie; Mittags Gefühl von trockener Hize, ohne Frost. P. 132. T. 6^{h} Abends 39,5°, während bisher immer Normaltemperaturen bestanden hatten. Eine Untersuchung, namentlich auch der Brust, ergibt nichts Auffallendes. H. U. beiderseits am Ende der Inspiration einzelne trockene, fast knisternde Rasselgeräusche. H. L. U. Dämpfung, H. R. U. ist die Dämpfung geringer. Pat. klagt über mässige Schmerzen V. L., wo vielleicht spurweise Dämpfung, saccadirtes Inspirium, verlängertes Exspirium mit schwach bronchialem Hauche. Weder im Abdomen noch im Halse bestehen Schmerzen. Es wird nachträglich erhoben, dass sich Pat. in Folge eines aus der Heimat eingelaufenen Briefes heftig alterirt habe (!).

23. II. Status idem. Subjectives Uebelbefinden, Stirnkopfschmerz, bes. gegen Abend. T. M. 38,3, A. 39,2, P. 120—124.

24. II. Es kann eine Zunahme des Exsudates im Abdomen nicht constatirt werden; letzteres ist auch in keiner Weise schmerzhaft. T. Mrgs. 38,3, A. 39,0.

1. III. In den letzten 5 Tagen immer geringes Fieber (Abends

in maximo 39,0); heute Morgens 38,2, Abends 39,0, P. 120, Gewicht 56 Kg., Bauchperipherie 81 cm.

17. III. Gewicht 54 Kgr. Peripherie des Bauches 80,5 cm.
24. « « 54,1 « « « « 78—79 cm.
31. « « 54 « « « « 79—80 «

6. IV. Nimmt von jetzt ab statt der bisherigen Clysmata zur Unterhaltung eines regelmässigen Stuhles Aloëpillen.

Seit Aufhören des stets mässig gebliebenen Fiebers (mittlere Abendtemperatur vom 2.—14. März 38,4°) vom 16. III. ab wieder Kataplasmen auf das Abdomen.

18. IV. Ein Exsudat im Bauch ist mit Sicherheit nicht nachzuweisen; bei aufrechter Stellung in den abhängigen Parthieen matt tympanitischer Schall.

20. IV. Urin frei von Eiweiss.

22. IV. Eine Untersuchung der Brust ergibt: in beiden Lungenspitzen leise, hauptsächlich inspiratorische Rasselgeräusche, V. L. infraclavicular saccadirtes Athmen; H. L. U. Athmen und Stimmfremitus abgeschwächt. — Die Stimme hat sich entschieden gebessert, ist voller, klangreicher.

24. IV. Pat. auf Wunsch entlassen, nachdem in den letzten Tagen die Kataplasmen ausgesetzt waren. Exsudat im Bauch ist nicht mehr nachzuweisen gewesen. — T. 23. IV. A. 37,0.

Gewicht: 7. IV. 53,5 Kgr. 21. IV. 53,2 Kgr.
« 14. « 53,1 « 24. « 53,2 «

Die Urinsecretion war während der ganzen Beobachtungszeit eine ziemlich reichliche, bewegte sich zwischen 900 c.cm. als Minimum und 2600 als Maximum. —

Bei einem späteren zufälligen Zusammentreffen, c. 1 Jahr nach der Entlassung, fand ich den Pat. in ziemlich gutem Ernährungszustand; er gieng wiederum seiner Arbeit nach, hatte nur geringe Beschwerden, hauptsächlich von Seiten der Brust.

5) Johanna V., 7 J., von Rottenburg, aufgenommen 16. IV. 1880. Die von der Mutter erhobene Anamnese ergibt, dass Pat. in den 5 ersten Lebensjahren, Masern ausgenommen, ganz gesund war; im Herbst 79 erkrankte sie an sehr heftigem Fieber mit Kopf-

weh, Bauchschmerzen, Diarrhoë, soporösem Darniederliegen; die Krankheit dauerte 7 Wochen lang, zu verschiedenen Malen schien tödtlicher Ausgang zu bevorstehen (Typhus?). Zu derselben Zeit soll im Armenhaus zu R. dieselbe Krankheit in gehäuften Fällen vorgekommen sein. — Nach der scheinbaren Genesung des Kindes bemerkten die Eltern eine ganz allmähliche, ohne Schmerzen sich entwickelnde Anschwellung des Bauches, die bis zur Aufnahme in die Klinik andauerte. Hier und da war etwas Husten vorhanden, sonst aber wurde ausser der Volumszunahme des Bauches nichts Besonderes an dem Kinde beobachtet.

Status praesens. Pat. leidlich genährt. Wirbelsäule stark skoliotisch verkrümmt, im Hals- und oberen Brusttheil nach R., im unteren Brust- und Lendentheil nach L., die Brust entsprechend asymmetrisch gewölbt, das Sternum verschoben. Diesen Difformitäten gemäss R. H O. geringe Dämpfung, ebenso L. V. infraclavicular. In den unteren Lungenparthieen keine wesentlichen Percussionsdifferenzen. — Lungen-Lebergrenze auf VI. Rippe. Auscultation ergibt überall scharfes Vesiculärathmen, Exspirium zuweilen etwas unbestimmt; ziemlich zahlreiche Rasselgeräusche neben lautem Giemen. — Herz-dämpfung und -töne verhalten sich normal. —

Leberdämpfung in der Mamillarlinie bis zum Rippenbogenrande reichend.

Abdomen aufgetrieben, zumal in seinen unteren Parthieen; Umfang 56 cm.; keinerlei Druckempfindlichkeit. — Bei Rückenlage ist Dämpfung mit horizontaler oberer Grenze 2 Querfinger oberhalb des Nabels zu constatiren; bei Seitenlage verschiebt sich die Dämpfung und stellt sich mit zum Erdboden paralleler oberer Grenze ein. —

Milz nicht vergrössert. — Urin eiweissfrei. Stuhlgang regelmässig. Kein Fieber.

Ordination: Kataplasmen auf das Abdomen.

27. IV. Der Bauch ist entschieden weicher geworden (Peripherie 54—55 cm.), fast ohne jeglichen Schmerz durchzutasten, wobei man verschiedene harte Knoten und Stränge fühlt. Die Percussion ergibt bei Rückenlage ein die Mitte des Abdomen freilassendes, nur

in den abhängigsten Partieen angesammeltes freies Exsudat, welches bei völliger Seitenlage sich bis an den Nabel heraufersteckt.

8. V. Bei gleichzeitiger Zunahme des Körpergewichts geringe Volumszunahme des Bauches auf 58 cm., sonst befindet sich Pat. ganz wohl.

16. V. Bauchumfang 55—56 cm., Bauch noch weicher. Exsudat kaum mehr nachzuweisen.

21. V. Bei absoluter Seitenlage das Exsudat bis handbreit unter den Nabel heraufreichend. Bauchperipherie 54—55 cm.

29. V. Bei Seitenlage noch geringes Exsudat nachweisbar. Pat. darf täglich 2 Stunden aufstehen.

5. VI. Kein Exsudat mehr nachzuweisen.

17. VI. In gutem Ernährungszustand, auch bezüglich der Erscheinungen auf der Lunge gebessert, entlassen. Exsudat im Bauche konnte auch bei wiederholter Untersuchung nicht mehr nachgewiesen werden. Der Verlauf war ein fieberfreier; bis zum 5. V. incl. wurden täglich 2mal Temperaturbestimmungen gemacht; höchste Morgentemperatur 37,4, niederste 36,1, höchste Abendtemperatur 37,8, niederste 37,2. Mittel.: Morgens 36,8; Abends 37,5.

	Körpergewicht	24stündige Urinmenge (Mittel für 7 Tage).
17. V.	19,9 Kgr.	
17.—23.	19 «	900 c.cm.
27.—30.	20,2 «	1100 «
1.—7. VI.	20,1 «	1200 «
8.—14.	? «	1400 «
15.—21.	20,1 «	1200 «
22.—28.	20,45 «	1050 «
5. VI.	20,9 «	—
12. VI.	21,2 «	—

Pat. ist laut Bericht des Stadtschultheissenamtes R. vom April 1883 «nun vollständig wieder gesund und seither nicht mehr krank gewesen».

6) Johannes Schr., 19j. Bauer von Oberflacht, aufgenommen 3. V. 80. Der 65jährige Vater angeblich kränklich, an «rheuma-

tischen Uebeln» leidend, die Mutter ist gesund; Pat. hat 3 Stiefgeschwister, von anderer Mutter stammend, welche alle gesund sind. Früher will Pat. stets gesund gewesen sein; er erinnert sich keiner Krankheit, will nicht einmal die gewöhnlichen Kinderkrankheiten gehabt haben. Die jetzige Krankheit soll plötzlich begonnen haben am 8. August 79, ohne dass er eine Ursache irgend welcher Art anzugeben weiss. Pat. bekam heftiges Erbrechen, zugleich soll der Bauch geschwollen und ziemlich schmerzhaft geworden sein. Sofort liess sich Pat. in das Spital zu B. aufnehmen, wo er 6 Wochen lang, bis Ende September, blieb. Ob er Fieber gehabt, weiss er nicht anzugeben; Temperaturbestimmungen sind nicht gemacht worden. Er bekam u. a. Ricinusöl, Bitterwasser, trotzdem er anhaltend Diarrhoë hatte, die erst nach 3 Wochen normalem Stuhlgange Platz machte. Während des Spitalaufenthaltes soll der Bauch nicht kleiner, nur etwas weicher geworden sein, sich späterhin nicht mehr so hart angefühlt haben. — Aus dem Spital entlassen versuchte Pat. zu arbeiten, musste es aber nach wenigen Tagen wieder aufgeben, da er zu schwach war. Zunächst blieb der Zustand noch ziemlich unverändert: mässige Schmerzen im Bauche bei Bewegungen, ab und zu auch in der Blasengegend beim Uriniren, bis sich anfangs October im Epigastrium eine schmerzhafte Stelle zeigte, welche bis Anfang December zu ziemlicher Grösse heranwuchs, auf der Oberfläche sehr schmerzhaft und geröthet war. Am 6. Dec. wurde die Geschwulst von einem Wundarzte incidirt und soll damals einen ganzen Schoppen (1/2 Liter) Eiter entleert haben. Die Wunde, welche nachträglich noch erweitert wurde, eiterte noch lange Zeit, und will Pat. dadurch sehr geschwächt worden sein. Erst vor 14 Tagen schloss sich die Wunde definitiv.

Der Appetit war stets leidlich gut. Stuhlgang in der Hauptsache regelmässig; abgemagert will Pat. nur wenig sein; er wog den verflossenen Sommer mit Kleidern 61 Kgr. — Das Volum des Bauches soll ziemlich unverändert geblieben sein. — Oedeme hat Pat. nie beobachtet, nie Husten oder Blutauswurf, in den letzten Monaten auch kein Erbrechen gehabt.

Status praesens. Im Ganzen gesund aussehendes Individuum ohne Oedeme.

Lungen-Lebergrenze am oberen Rand der VI. Rippe. H. U. Lungengrenzen stehen gleich hoch. In den Spitzen, auch sonst über der Lunge, keine nennenswerthe Dämpfung, dagegen R. H. O. zahlreiche trockene Rasselgeräusche; auch H. U. verbreitetes Rasseln. L. H. O. z. Z. nur spärliche, leise Rhonchi. Athemgeräusch vesiculär. H. U. beiderseits deutlicher Stimmfremitus.

Herzspitzenstoss im V. Intercostalraum, etwas nach einwärts von der Mamillarlinie. Herzdämpfung nach oben beginnend am oberen Rande der IV. Rippe, reicht nach rechts hin bis zum linken Sternalrand. Töne laut und rein. — Im Epigastrium eine quergestellte, 4½ cm. lange, theilweise noch mit dünner Borke bedeckte, nicht schmerzhafte Narbe. Am knöchernen Thorax, speciell dem benachbarten Sternum, ist nirgends eine schmerzhafte oder sonst wie suspekte Stelle nachzuweisen.

Leberdämpfung in der Mamillarlinie bis zum Rippenbogenrand reichend.

Milz ist zu percutiren, aber nicht nennenswerth vergrössert. — Im filtrirten Urin Eiweiss mit Sicherheit nicht zu constatiren, vielleicht spurweise Opalescenz.

Abdomen aufgetrieben (Peripherie über den Nabel gemessen 79 cm.), gibt bei horizontaler Rückenlage einen Dämpfungsbezirk, dessen obere Grenze genau durch den Nabel geht. Die Dämpfung wechselt bei Lageveränderung ebenfalls ihre Stelle, doch nicht momentan, sondern erst nach einiger Zeit. Tumoren etc. sind im Bauche nicht zu fühlen. — Pat. ist fieberfrei. Abendtemperatur 3. und 4. V. 37,5; Morgens 4. V. 37,2.

Ordination: Ol. jecor. Aselli innerlich. Kataplasmen auf das Abdomen.

21. V. Bauchperipherie 74 cm. Abdomen fester, Aussehen gut.
28. V. « 79—80 cm.
4. VI. « 79—80 «

14. VI. Exsudat jetzt nicht mehr nachweisbar nach längerer Anwendung von Kataplasmen.

16. VI. Pat. auf Wunsch in wesentlich gebessertem Ernährungszustand, frei von Exsudat entlassen. Pat. hat keinerlei Beschwerden; Stuhlgang normal. — Der Befund auf den Lungen hat bei wiederholten Untersuchungen ein negatives Resultat ergeben.

Leberthran wurde während des ganzen Spitalaufenthaltes anhaltend genommen.

	Körpergewicht	24stündige Urinmenge (Mittel aus 7 Tagen)
5. V.	58 Kgr.	
14. «	— Kgr.	1300 c.cm. (9 Tage)
21. «	55,5 «	1500 «
28. «	56,5 «	2030 « (maximum 2600)
4. VI.	57,5 «	1630 «
11. «	58 «	1540 «
16. «	59 «	—

Pat. ist nach einem Bericht vom März 83 «sehr wohl»; ist ausserordentlich «stark» geworden und «sieht aus wie Milch und Blut».

7) Dorothea K., 7 J. alt, von Kusterdingen, aufgenommen 30. IV. 81. Eltern der Pat. leben, sind gesund, desgleichen 6 Geschwister. In den ersten Lebensjahren soll Pat. viel an »Gichtern« gelitten haben und sehr schwächlich gewesen sein. Später aber entwickelte sie sich ganz gut und war vollkommen gesund, bis sie vor etwa ½ Jahre allmählich den Appetit verlor; dabei kam es öfters zum Erbrechen, besonders Morgens bei nüchternem Magen, der gallig gefärbtes Wasser entleerte; doch wurden auch öfters Speisen, selbst in ganz geringer Quantität zugeführt, erbrochen. Seit wann der Umfang des Bauches zugenommen hat, wissen die Angehörigen, denen in dieser Beziehung nichts aufgefallen ist, nicht anzugeben.

Status praesens. Pat. ist ihrem Alter entsprechend entwickelt, ziemlich gut genährt. Gewicht 1. V. 16 Kg. Kein Oedem der Beine. Die Lungen geben überall sonoren Percussionsschall; H. U. Lungengrenzen von normalem Tiefstand. — Die Auscultation ergibt allenthalben reines Vesiculärathmen.

Herzdämpfung normal, Töne rein.

Abdomen ausgedehnt, bei Druck mässig schmerzhaft, enthält einen bei horizontaler Rückenlage fast bis zum Nabel reichenden Erguss, der bei Seitenlage nur langsam seine Stelle wechselt.

Ord. Priessnitz'scher Umschlag auf den Bauch.

3. V. Dämpfung im Abdomen nicht mehr deutlich. Pat. isst sehr wenig, liegt meist ganz ruhig da. Da sie an Helminthiasis leidet, so bekommt sie Trochisc. Santonini à 0,05. Gewicht 8. V. 16,8 Kgr.

12. V. Pat. befindet sich wohl, isst mehr, sieht frischer aus. Exsudat nicht mehr nachzuweisen.

Ordin.: Ol. jecor. Aselli.

18. V. Wird von der Mutter nach Hause abgeholt. Exsudat nicht mehr vorhanden.

Urin konnte bei der kleinen Pat. nicht gesammelt werden. —

Nach Bericht des Pfarramtes vom 31. Juli 1883 befindet sich die D. K. »verhältnissmässig wohl«. Im April dieses Jahres hatte sie ein squamöses Eczem, das mit Oeleinreibung ambulatorisch behandelt wurde und bald heilte. »Seit 14 Tagen ist sie eigentlich gesund«.

8) Wilhelmine R., 15 J., von Urach, aufgenommen 18. VII. 81. Eltern der Pat. sind gesund, ebenso 5 Geschwister.

Vom 2.—13. Lebensjahre litt Pat. an einem nicht näher zu charakterisirenden Augenübel, verbunden mit grosser Lichtscheu und Abnahme des Sehvermögens; äusserlich soll am Auge nichts Abnormes zu bemerken gewesen sein. Im 10. Jahre Masern. Im Uebrigen will Pat. bis zu ihrer jezigen Erkrankung gesund gewesen sein. Seit Weihnachten 80 cessirten die Menses, und im April 81 bemerkte sie zuerst eine allmählige Zunahme des Umfanges des Bauches, welcher im Anfange bei Druck auch mässig schmerzhaft war. Der Appetit nahm ab, Stuhlgang blieb regelmässig. Nur im Beginne der Krankheit bestand Husten, Brustschmerz; beide haben sich wieder gänzlich verloren.

Status praesens. Mässig abgemagertes Individuum. Kein Oedem der Beine. — Gewicht 41,5 Kg. Die Untersuchung der

Lungen ergibt ausser Hochstand des Zwerchfelles (Lungen-Lebergrenze am unt. Rand der IV. Rippe) und einer geringen relativen Dämpfung H. R. (Leber ?) keine Anomalie. Reines Vesiculärathmen, H. R. etwas verschwächt.

Herzdämpfung von normaler Grösse; Töne rein.

Abdomen stark ausgedehnt; Umfang in Nabelhöhe 80 cm.; es fühlt sich fest an, ist etwas druckempfindlich und enthält ein in Rückenlage bis eben über den Nabel reichendes freies Exsudat.

Leberdämpfung klein, Milzdämpfung nicht abzugrenzen. Urin frei von Eiweiss.

Ord.: Priessnitz'scher Umschlag auf den Bauch.

T. 18. VII. A. 38,2.

« 19. » M. 37,7. A. 38,1.

« 20. » M. 37,4. A. 37,7.

28. VII. Gewicht: 40,2 Kg.

4. VIII. » 41 Kg. Bauchumfang 78 cm.

Ord.: Kataplasmen auf das Abdomen.

Diagnosis clinica: Peritonitis chronica exsudativa.

11. VIII. Gewicht: 40,5 K. Ord.: Ol. jecor. Aselli.

15. VIII. Gutes Allgemeinbefinden. Bauchumfang 76 cm. Exsudat hält die Mitte zwischen Nabel und Schossfuge, ist also deutlich zurückgegangen.

R. H. U. Lungengrenze von normalem Stand; dagegen ist jezt L. H. U. eine bis zur spina scapulae reichende Dämpfung aufgetreten, über welcher reines, aber verschwächtes Vesiculärathmen ohne Rasseln gehört wird; höher oben eine schmale Zone mit bronchialem Athmen.

18. VIII. Gewicht 40,2 Kg.

20. « Bauchumfang 78 cm. Exsudat so ziemlich im Gleichen.

25. « Gewicht 41,5 Kg.

28. « Bauchperipherie 80 cm. — Ord. Einreibung von Unguent. ciner., 2,0 p. die.

1. IX. Körpergewicht: 42,5 Kg.

8. « « 42,7 «

26. « Bauchumfang nimmt troz Einreibung von Unguent. ciner. stetig zu, beträgt heute 84 cm.

29. IX. Gewicht 45,05 Kg.

4. X. Appetit sehr gut; Stuhlgang regelmässig. Bauchumfang 83 cm.

6. X. Gewicht: 40,5 Kg.

12. X. Bei übrigens anhaltend gutem Befinden ist der Bauchumfang derselbe geblieben; doch fühlt sich das Abdomen weicher an. — Gewicht 13. X. 46 Kg.

17. X. Status idem. Bauchumfang 83 cm.

22. X. Körpergewicht: 46,5 Kg.

28. X. Im Bauche lässt sich ein Exsudat nicht mehr nachweisen. Pat. darf aufstehen.

29. X. Gewicht 47 Kg. 5. XI. 48,3 Kg.

7. XI. Pat. in gutem Ernährungszustande geheilt entlassen. — Pat. »fühlt sich seit ihrer Rückkehr ganz wohl« (Notiz der Heimatbehörde vom 20. April 83).

9) Kunigunde B., 54 J., Witwe aus Neuenbürg, aufgenommen 9. II. 1882. Pat. hat 2mal geboren; die Kinder leben, sind gesund. Vor Jahren Gesichtsrose. — Seit dem 48. Jahre cessiren die Menses; seitdem ist sie nicht mehr ganz gesund; schon vor 3 Jahren soll der Bauch etwas «stärker» geworden sein; doch wurde der Sache keine besondere Bedeutung beigelegt.

Erheblicher krank ist Pat. erst seit 22. Dez. 81, an welchem Tage sie sich wegen Fiebers und Athembeschwerden zu Bette legen musste; erst in der vierten Woche, Ende Jan. 82, konnte sie wieder aufstehen. Während der Krankheit wurde von einer Hebamme der Katheter angelegt, weil heftiger Harndrang bestand; trotzdem dass der Katheter angeblich sehr weit in die Blase eindrang, floss so gut wie kein Urin ab; nach dem Katheterismus hatte Pat. 4 Tage lang Schmerzen in den Genitalien, die aber seitdem dauernd verschwunden sind. Doch ist Harndrang immer noch zeitweise vorhanden; Pat. muss häufig Wasser lassen, 3—4mal des Nachts; stets wird nur wenig Urin auf einmal entleert; nach dem Urinen tritt aber regelmässig Erleichterung des Harndranges ein. Der Harn soll schon früher vom Arzt untersucht und eiweissfrei befunden worden sein. — Eine Abnahme der Körperfülle will Pat. nicht bemerkt haben.

Status praesens. Pat. von ziemlich blassem Aussehen, fettreich; vielleicht spurweises Oedem der Unterschenkel.

Brustorgane bieten keine nachweisbare Anomalie.

Am Auffälligsten ist eine beträchtliche Ausdehnung des übrigens mit reichlichem panniculus versehenen Abdomens; Peripherie 104—105 cm. In den abhängigen Parthieen und vorne genau bis zum Nabel herauf gibt das Abdomen absolute Dämpfung, die aber mit Lagewechsel sich nicht deutlich verschieben lässt. Am Abdomen selbst ist nichts (Tumor etc.) durchzutasten; die innerliche Untersuchung ergibt frei beweglichen Uterus, das Scheidengewölbe leer. — T. 10. II. A. 37,3.

Urin spärlich, mit reichlichen Uraten, frei von Eiweiss. Kein Blasenkatarrh. Ord.: Bettruhe, Laxantien.

13. II. Da Infus. Senn. compos. nicht gehörig gewirkt hat, wird gegeben: Infus. Sennae c. Magnes sulf. et Manna, worauf reichlicher, übrigens normaler Stuhl.

15. II. Pat. fühlt sich wohl, hat keine Beschwerden, keinen Harndrang; der Bauch ist entschieden weicher; Percussion ergibt dasselbe Resultat wie früher.

Priessnitz'scher Umschlag auf das Abdomen.

16. II. Pat. schläft sehr gut, ohne in der Nacht urinen zu müssen.

10. III. Wegen häufiger Anwesenheit grösserer Harnsäurekörner im Urin trinkt Pat. Wildunger Wasser (Georg-Viktor-Quelle), zunächst 1, später 1½ Flaschen pro Tag.

27. III. Ein Exsudat ist in den lezten 8—10 Tagen nicht mehr nachzuweisen gewesen, Bauchumfang so ziemlich im Gleichen. Diurese in lezter Zeit reichlich, ohne dass auffallend grosse Getränkezufuhr stattgehabt hätte. Ausser dem Wildunger Wasser nimmt Pat. nur geringe Quantitäten Wein. — Subjective Beschwerden ganz gering. Pat. entlassen mit der Verordnung einer modificirten Bantingdiät und Aloëpillen gegen Obstipation.

	Gewicht	24stünd. Harnmenge (Mittel aus 7 Tagen)
10. II.	73,5 Kgr.	—
11.—17. «	72,7 «	610 c.cm.

18.—24. «	73,5 Kgr.	1210 c.cm.	
24.—3. III.	73,8 «	1230 «	
4.—10. «	73,4 «	1360 «	Wildunger Wasser
11.—17. «	73,85 «	2160 «	
18.—24. «	73,4 «	2560 «	
	[25. III.	2400 «	
	26. «	3500 «]	

Pat. soll jezt noch, nach zufällig eingelaufenen Nachrichten, kränklich sein, sich allerdings auch in keiner Weise schonen; speciell soll dies in der ersten Zeit nach der Entlassung aus der Klinik der Fall gewesen sein.

10) Wilhelm B., 11 J., von Hagelloch, aufgenommen 5. V. 82. Vor seiner jezigen Erkrankung will Pat. 3 Wochen lang die »Gelbsucht« gehabt haben; über Färbung der Faeces weiss er nichts anzugeben. — Anschwellung des Bauches wird seit 3 Wochen bemerkt; sie ist unter mässigen Schmerzen ganz allmählich erfolgt. Gliederweh hat Pat. nie gehabt, nie Oedem der Beine beobachtet. Ein Wundarzt, der den Pat. bisher behandelt hat, schickt ihn hierher, nach der Aussage der Mutter, »weil er nicht wisse, was ihm fehle«.

Status praesens. Seinem Alter angemessen entwickelter Knabe. Kein Icterus, keine Oedeme.

Lungen-Lebergrenze auf VI. Rippe; H. U. Lungengrenzen beiderseits kaum handbreit unter angulus scapulae: überall Vesiculärathmen. — Herz ohne Abnormität, reine Töne. P. 108. Leberdämpfung erreicht in der Mamillarlinie eben noch den Rippenbogenrand. — Milzdämpfung normal. Abdomen ausgedehnt (Peripherie über den Nabel gemessen 84 - 85 cm.) durch einen freien Erguss, der bei horizontaler Rückenlage 5 cm. unter den Nabel heraufreicht. — Urin enthält kein Eiweiss.

Ord.: Bettruhe, Mixt. mit Natr. bicarb.

12. V. Bauchperipherie hat abgenommen: 66—67 cm.

23. V. Befinden, ebenso Aussehen gut; es ist noch etwas Exsudat im Bauche nachzuweisen.

Einreibung von Unguent. ciner. in den Bauch, Morgens und Abends je 1,0.

Die Einreibungen werden vom 23. V bis 1. VI und nach kurzer, wegen geringer Stomatitis nöthiger, Unterbrechung vom 9.—22. IV. ausgeführt.

9. VI. T. A. 39,8, P. 126. — 10. VI. M. 38,0.

7. VII. Pat. auf Wunsch entlassen. Exsudat nicht mehr nachzuweisen. Bauchperipherie in Nabelhöhe 67 cm.

	Abendtemperatur [1])	Gewicht	24stünd. Urinmenge
		6. V. 30,98 Kgr.	
5.—12. V.	38,2	30,98 «	1730 c.cm.
13.—19.	38,0	32,48 «	1639 «
20.—26.	37,6	33,25 «	1540 «
27.—2. VI.	37,9	33,65 «	1140 «
3.—9.	38,0	34,05 «	1240 «
10.—16.	38,4	33,75 «	1060 «
17.—23.	37,9	32,86 «	890 «
24.—30.	37,8	33,0 «	850 «
1.—6. VII.	37,5	32,85 «	1190 «

Eine in der Ambulanz der Klinik am 6. IV. 83 vorgenommene Untersuchung des Kranken ergab guten Ernährungszustand (33,4 Kg.), die Bauchhöhle frei von jeglichem Erguss.

11) Rosine L., 9½ J., von Wittershausen, aufgenommen 14. V. 1881. Die Eltern der Pat. sind gesund, ebenso 9 Geschwister. Die Mutter gibt an, dass das Kind kräftig entwickelt zur Welt gekommen und von ihr ein Jahr lang gestillt worden sei. Mit drei Wochen bekam es einen, der Beschreibung nach eczematösen, Ausschlag auf den Kopf, ebenso vereinzelte Efflorescenzen auf der Brust, an den Hüften. Die betreffenden Stellen wurden mit Oel eingerieben, und nun schwand der Ausschlag im Laufe eines halben Jahres. Im August 75 bekam das bisher wohl entwickelte und kräftige Kind die »Ruhr«; es litt an häufigen Diarrhöen, viel an Brustschmerzen, zuweilen an Erbrechen, der Appetit verlor sich. Der Bauch soll damals womöglich noch umfangreicher gewesen sein als jetzt; der behandelnde Arzt habe »Bauchwassersucht« constatirt.

1) Die Morgentemperaturen waren den 10. VI. ausgenommen, wo 38,0 beobachtet wurde, stets normal.

Seit jener Zeit war Pat. nie mehr ganz gesund, wurde vielmehr von Jahr zu Jahr langsam schlechter. Husten bestand immer in geringem Grade, dabei grosser Durst neben geringen Urinmengen.

Status praesens. Pat. für ihr Alter sehr klein, dabei von altklugem, ihrem Alter gar nicht entsprechendem Gesichtsausdruck; äusserste Abmagerung der Arme und Beine, Haut trocken abschilfernd, keine Oedeme. Auf l. Auge altes Leucoma adhaerens. — Drüsen am Halse etc. höchstens erbsengross, hart.

Lungen-Lebergrenze auf V. Rippe. Percussion der Lungen ergibt in den oberen Lungenparthieen normalen Schall; R. H. vom Scapularwinkel ab geringe Abschwächung des Schalles; L. H. über der Scapula eine schmale Zone hell tympanitischen Schalles, der ohne scharfe Grenze nach unten in normalen Schall übergeht. Auscultation: allenthalben scharfes, reines Vesiculärathmen, nur bei tiefer Inspiration vereinzelte Rhonchi. —

Herzdämpfung von normaler Ausdehnung, Herzaktion frequent, Töne unrein.

Abdomen stark ausgedehnt durch einen leicht beweglichen freien Flüssigkeitserguss, dessen obere Grenze bei horizontaler Rückenlage nahezu bis zum Nabel reicht. Geringe Druckempfindlichkeit; Tumoren nicht durchzufühlen. Urin frei von Eiweiss.

Ord.: Priessnitz'scher Umschlag auf den Bauch.

16. V. Diagnosis clinica: höchst wahrscheinlich einfache, nicht tuberculöse Peritonitis; Cirrhosis hepatis und syphilitische Induration der Leber wird zurückgewiesen.

Unguent. ciner in den Bauch einreiben.

18. V. Körpergewicht 10,6 Kgr.

25. « « 10,2 «

20. « Abdomen entschieden weicher; Peripherie 53 cm.

1. VI. Körpergewicht 11 Kgr.

6. « Pat. hat Diarrhoë, sieht schlecht aus; Einreibung von Unguent ciner. ausgesetzt.

8. VI. Gewicht 11,5 Kgr.

10. « Mit Einreibung von Unguent. ciner. wiederum begonnen.

15. VI. Gewicht 12,0 Kgr.

16. « Bauch weich; Exsudat geht bis zum Nabel; Bauchperipherie 51 cm. Submaxillardrüsen geschwollen (durch Stomatitis?)

22. VI. Gewicht: 12,9 Kgr. Ophthalmoskopische Untersuchung (Dr. Schleich) ergibt (abgesehen von kleinen Cornealphlyctaenen R.) beiderseits blasse Papillen mit verschwommenen Contouren — beginnende Neuritis optica.

27. VI. Auf l. Auge (neben dem alten Leucoma) eine neue Phlyctäne.

29. VI. Beginnende Stomatitis, Lockerung der Zähne, Schwellung des Zahnfleisches. Das Exsudat im Bauch hat entschieden abgenommen, steht in seiner oberen Grenze in der Mitte zwischen Nabel und Schossfuge. Pat. erscheint jetzt wohlgenährt, was namentlich im Gesicht auffällt; auch Arme und Beine haben an Volum ziemlich zugenommen.

6. VII. Gewicht 13,1 Kgr.

7. « Wegen Speichelflusses mit grauer Salbe ausgesetzt.

13. « Gewicht 13,6 Kgr.

20. « « 14,0 Kgr., das Körpergewicht hat also, troz der entschiedenen Abnahme des Exsudates um ein volles Drittel seit der Zeit der Aufnahme zugenommen.

Ordination: K a t a p l a s m e n.

27. VII. Gewicht 13,7 Kgr.

3. VIII. « 14,0 Kgr. Die Besserung ist eine ganz entschiedene. Bauchumfang 60 cm., Exsudat nur noch in geringer Menge in den abhängigsten Parthieen nachzuweisen.

10. VIII. Gewicht 14,6 Kg.

15. « Bauchumfang 62 cm. Exsudat erhebt sich bei der Rückenlage eben noch über die spinae il. anter., vorne ist es nicht mehr nachzuweisen. Eine Untersuchung der Lungen lässt keine bemerkenswerthe Anomalie derselben feststellen.

18. VIII. Gewicht 15 Kgr. — 25. VIII. 15,5 Kgr.

20. VIII. Exsudat mit Sicherheit nicht mehr nachweissbar.

Gewicht: 1. IX. 15,7 – 8. IX. 15,5 Kgr.

10. IX. Seit einigen Tagen heftige Diarrhoë, wesshalb mit

Leberthran, der in letzter Zeit genommen wurde, ausgesetzt wird.

Ordination: Infus. Ipecac. c. Extr. Opii.

13. IX. Diarrhoë im Gleichen. Ord.: Acid. tannic. c. Opio in Pulverform.

15. IX. Gewicht 15 Kgr.

24. IX. Pat. sieht einigen Tagen sehr elend aus, isst fast nichts, erbricht häufig. Mit Opiumpulvern ausgesetzt, trozdem dass die Diarrhoë noch anhält.

25. IX. Pat. etwas collabirt, doch besteht kein Fieber, P. Abends 100 Schläge pro Minute.

Im Urin deutliche Spuren von Eiweiss.

Ord.: Priessnitz'cher Umschlag auf den Bauch.

29. IX. Gewicht: 12,4 Kgr. Pat. befindet sich heute etwas wohler, nimmt Wein zu sich, das Erbrechen hat nachgelassen, ebenso die Diarrhoë; sie sieht übrigens immer noch sehr angegriffen aus, klagt über Schmerzen im ganzen Bauch, doch scheinen dieselben sich hauptsächlich rechts zu localisiren. — P. 120 p. Minute.

4. X. Augenblicklich besseres Befinden; keine Schmerzen, doch ist der Appetit immer noch sehr gering

7. X. Das Wohlbefinden hält an.

10. X. Gestern wurde wiederum etwas erbrochen; Klagen über Schmerzen im Magen und in den Beinen. Exsudat reicht mit seiner oberen Grenze bis 1 cm. unterhalb des Nabels. Kein Fieber.

12. X. Dauernde Appetitlosigkeit; in der Nacht fast kein Schlaf.

13. « Gewicht: 11,5 Kgr.

19. « P. 108, ziemlich kräftig. T. A. 37,0. Bauchumfang 48 cm. Lungen-Lebergrenze am oberen Rande der VI. Rippe, hintere untere Lungengrenzen normal; nirgends Dämpfung oder abnormes Athemgeräusch. Herztöne rein.

20. X. Appetit wieder gut. Kein Fieber.

22. « Gewicht: 11 Kgr. Ophthalmoskopische Untersuchung (Dr. Schleich) ergibt etwas weisse Papille beiderseits, stark geschlängelte Gefässe.

29. X. Gewicht: 12,5 Kgr. Auf der Lunge nichts Abnormes. Bauch aufgetrieben, Peripherie 48 cm., nur in den abhängigsten

Partieen geringe Dämpfung, am meisten noch nach links, wo auch Schmerz geklagt wird.

1. XI. Das Kind wird troz Abrathens von Seiten der Aerzte nach Hause abgeholt.

Bericht des Pfarramts vom März 83: «das Kind befinde sich ordentlich, gehe regelmässig in die Schule, klage nicht mehr über Schmerzen, leide jedoch etwas an fehlender Esslust und an Diarrhoë».

12) Matthias Sch., 16j. Schneider v. Thalheim, aufgenommen 6. VI. 82. Eltern und Geschwister gesund; ebenso Pat. bis zu seiner jetzigen Krankheit. Diese begann vor 6 Wochen angeblich nach einem kalten Trunk (!) mit unbestimmten Schmerzen in der Unterbauchgegend; doch konnte Pat. noch arbeiten, da die Schmerzen bei Tag gering, nur bei Nacht stärker waren. — Vor etwa 3 Wochen wurde der Bauch grösser, wobei Pat. allmähliche Vortreibung des Nabels bemerkte; die Anschwellung nahm unter mässigen Schmerzen, welche erst in den letzten Tagen aufgehört haben, stetig zu. Stuhlgang war im Anfang der Erkrankung angehalten, wurde aber darnach, nach etwa 8tägiger Diarrhoë, regelmässig. Fieber glaubt Pat. nicht gehabt zu haben. — An Gliederweh, Icterus hat er nie gelitten; Appetit war stets gut.

Status praesens. Pat. leidlich genährt, etwas blass, frei von Oedemen.

Lungen-Lebergrenze am oberen Rande der VI. Rippe. Die Lungen bieten weder percutorisch noch auscultatorisch eine Anomalie.

Herzspitzenstoss im V. Intercostalraum nicht deutlich, eher noch, aber auch nicht mit Sicherheit fühlbar im IV. nach einwärts von der Mamillarlinie. Töne laut, rein. Leber und Milz nicht vergrössert.

Abdomen ziemlich stark ausgedehnt durch einen freien ascitischen Erguss. Bauchperipherie über den Nabel gemessen 75—76 cm. Das Abdomen ist auf Druck nicht besonders schmerzhaft, lässt keine Tumoren durchtasten.

Urin frei von Eiweiss.

Ord.: Priessnitz'scher Umschlag auf den Bauch.

Klinische Diagnose: einfache «idiopathische Peritonitis».

20. VI. Da bis jetzt keine wesentliche Aenderung im Stand

des Exsudats eingetreten, so wird Unguent. ciner. in den Bauch eingerieben, Morgens und Abends je 1,0 (diese Einreibungen können bis zum Tag der Entlassung fortgesetzt werden, ohne dass Mundaffektion auftritt).

30. VII. Im Befinden des Pat. hat sich langsam Besserung eingestellt; doch ist das Exsudat immer noch nachzuweisen. Bauchumfang in Nabelhöhe 74 cm.

11. VIII. Pat. auf Wunsch entlassen; ein Exsudat ist nicht mehr nachzuweisen. Pat. fühlt sich wohl, hat guten Appetit; Aussehen befriedigend.

	Abendtemperatur [1]) (Mittel aus 7 Tagen	Gewicht 6. VII. 42,7 Kgr.	24stündige Harnmenge (7tägige Mittel.)
6.—11. VI.	38,2	43,5 Kg.	9.—11. VI. 1300 c.cm.
12.—18. «	37,8	—	1230 «
19.—25. «	38,3	43,4 «	1300 «
26.—2. VII.	37,9	42,4 «	1430 «
3.—9. «	37,9	42,4 «	1330 «
10.—16. «	37,8	40,9 «	1040 «
17.—23. «	37,6	40,5 «	1090 «
24.—30. «	37,4	40,7 «	1270 «
31.—6. VIII.	37,1	41,4 «	1370 «
7.—11. «	36,8	41,7 «	1300 «

Pat. ist, laut Nachricht vom März 83, im Oktober 82 nach Amerika ausgewandert, wo er im Staate Ohio als Holzarbeiter beschäftigt und angeblich ganz gesund ist.

13) Friedrich F., 12 J., von Hagelloch, (z. 3. Male) aufgenommen 26. VI. 82. Eltern und Geschwister des Pat. sind gesund, nicht lungenkrank. Derselbe war erstmals in der Klinik aufgenommen vom 31. X. bis 25. XI. 1881 wegen Icterus catarrhalis. Es bestand ziemlich starke Gelbfärbung mit Hautjucken, mässige Schwellung der Leber, deren Dämpfung vom oberen Rande der VI. Rippe bis 2 Querfinger unterhalb den Rippenbogenrand herabreichte. Totale Entfärbung der Faeces, deutlicher Gallenfarbstoffgehalt des

1) Morgens bei täglicher Messung fast immer Normaltemperatur constatirt, nur am 8. und 16. VI. 38,2, 13. 14. 15. VII. 38,1; 38,0; 38,1.

Urins. 16. IX. trat spurweise, 17. XI. ganz deutliche gallige Färbung des Stuhles ein, die bis zur Entlassung am 25. XI. anhielt. Am Abend des Aufnahmetages 38,0; sonst kein Fieber. Gewicht: 1. XI. 31 Kg.; 9. XI. 29,8; 16. XI. 29,9; 23. XI. 30,5; 25. XI. 31,1 Kg. —

Eine zweite Aufnahme fand statt vom 3. I. bis 5. III. 82. Pat. war seit 14 Tagen appetitlos, hatte Hiz- und Frostgefühl, Husten und Stechen in der linken Seite.

Der Status ergab nichts von Icterus, auch durchaus negativen Lungenbefund; dasselbe gilt vom Herzen. Leber nicht vergrössert, dagegen die Milz ganz entschieden in ihrem Breitendurchmesser. Abdomen etwas aufgetrieben, aber frei von Erguss. Urin eiweissfrei. Mässiges Fieber. Es wurde eine «febris gastrica» angenommen, um so mehr als zu gleicher Zeit noch verschiedene Kinder von Hagelloch mit demselben Befund in die Klinik aufgenommen wurden.

22. I. In den letzten Tagen wieder mehr Fieber bis 39,7. Auf der Lunge einzelne Rasselgeräusche H. U.; vielleicht geringe Dämpfung H. L. H.

27. I. Keinerlei Brustbeschwerden. — H. L. U. jetzt absolute 2 Querfinger breit über den angulus scapulae heraufreichende Dämpfung, über welcher der Stimmfremitus gänzlich aufgehoben, während er R. H. entsprechend der jugendlichen Stimme eben noch fühlbar ist; über der Dämpfung das Athemgeräusch abgeschwächt. H. L. U. erscheint der Thorax etwas ausgeweitet, die Intercostalräume jedoch nicht deutlich vorgewölbt; V. L. ist keine Vorwölbung zu constatiren, das Herz nicht als verdrängt nachzuweisen.

31. I. Herzdämpfung überschreitet nach rechts hin den rechten Sternalrand um 2 Querfinger. Exsudat steht nahe am angulus scapulae.

Diagnosis clinica: Pleuritis exsudativa sinistra.

1. II. Exsudat gegen gestern gefallen.

5. III. Das Exsudat ist langsam und stetig gefallen, mit Sicherheit jetzt nicht mehr nachzuweisen; über der Stelle der früheren Dämpfung sind constant ziemlich reichliche, hauptsächlich inspira-

torische, mittelfeuchte Rhonchi zu hören. Pat. auf Wunsch entlassen mit gebessertem Ernährungszustand 32,1 Kg. gegen 29,6 bei der Aufnahme.

Bei der dritten Aufnahme (26. VI. 82) gab Pat. an, nach der Entlassung zunächst noch einige Zeit Fieber gehabt zu haben (wie es in geringem Grade bis zulezt im Hause constatirt worden war). Schmerzen auf der Brust waren nicht vorhanden, dagegen geringe Dyspnoë bei stärkerer Anstrengung, beim Laufen etc. Im Uebrigen befand Pat. sich wohl, konnte die Schule besuchen. — Das jezige Leiden begann im Mai 82, wo unter geringfügigen Schmerzen, bei sonst gutem Appetit und regelmässigem Stuhlgang der Bauch grösser wurde, um dann allmählich bis zur jezigen Grösse anzuschwellen. Oedeme wurden nicht beobachtet, auch ist Icterus nicht wieder aufgetreten.

Status praesens. Pat. leidlich genährt, nicht icterisch; kein Oedem der Beine.

Lungen-Lebergrenze im V. Intercostalraum, resp. am oberen Rande der VI. Rippe. — H. U. Lungengrenzen stehen handbreit unter dem angulus scapulae, R. etwas höher als L. Eine abnorme Dämpfung auf der Lunge z. Z. nicht nachzuweisen. Allenthalben Vesiculärathmen, H. L. U. mit vereinzelten Rasselgeräuschen. — Herzspitzenstoss am deutlichsten im IV., aber auch noch, obgleich viel schwächer, fühlbar im V. Intercostalraum an normaler Stelle; Herztöne laut, der erste zuweilen etwas unrein.

Abdomen ausgedehnt (Peripherie 71 cm.), enthält einen freien Erguss, dessen obere horizontale Grenze bei Rückenlage 2 Querfinger unter dem Nabel vorläuft. Deutlicher Wechsel des Niveaus bei Aenderung der Lage. Leberdämpfung reicht mit ihrem unteren Rande in der Mamillarlinie bis fast zum Rippenbogen.

Milzdämpfung zu percutiren, anscheinend nicht vergrössert. — Urin frei von Eiweiss. — Mässiges Fieber.

Ord.: Einreibung von Unguent. ciner. Morgens und Abends je 1,0.

Diagnosis clinica: chronische, idiopathische Peritonitis.

11. VIII. Pat. kann entlassen werden. Aussehen noch immer

etwas blass, doch ist das Allgemeinbefinden befriedigend. Exsudat im Bauche ist mit Sicherheit nicht mehr nachzuweisen; Tumoren nicht zu fühlen. Pat. hat bis heute Unguent. ciner. eingerieben.

	Abendtemperatur	Gewicht		24stünd. Harnmenge
		27. VI. 31,6	Kgr.	
26. VI.—4. VII.	38,1	4. VII. 32,26	«	700 c.cm.
5.—11. VII.	38,1	31,35	«	820 «
12.—18. «	38,5	31,2	«	800 «
19.—25. «	38,9	31,25	«	840 «
26.—1. VIII.	38,0	28,35	«	1350 «
2.—8. «	37,8	28,65	«	1230 «
9. «	37,7			9. VIII. 1600 «
10. «	37,8	11. VII. 27,9	«	10. « 1050 «

Am 6. IV. 83 wird Pat. in der Ambulanz untersucht; er ist etwas blass, fühlt sich aber leidlich gesund. Gewicht 30,07 Kgr. Bauch ist noch gross, aber frei von Exsudat; dagegen ist in rechter Unterbauchgegend, mit der Leber nicht zusammenhängend, ein nahezu handgrosser, etwas höckriger, nicht besonders druckempfindlicher Tumor zu fühlen, der bei Percussion gedämpften Schall gibt. H. R. U. (nicht H. L. U.) Dämpfung bis 2 Querfinger breit unter angulus scapulae; Athemgeräusch verschwächt, während es H. L. U. normal ist. Herz nicht verdrängt.

Am 2. V. 1883 wird Pat. zum vierten Male in der medicinischen Klinik aufgenommen. Er will seit seiner Entlassung im August 82 im Allgemeinen gesund gewesen sein. Husten mit etwas Auswurf hat er schon lange. Der Bauch ist nicht wieder grösser geworden; doch bemerkte Pat. in demselben seit Ausgang Dezember vorigen Jahres die noch jezt vorhandene Geschwulst; eine Zunahme derselben ist nicht beobachtet worden, sie war schon damals so gross, wie sie es jezt ist. Im Ganzen hat er wenig Beschwerden von derselben; beim Springen, bei stärkerem Druck schmerzte sie in geringem Grade.

Status praesens. Pat. schlecht genährt, von blassem Aussehen, trockener atrophischer Haut, ohne Oedeme; kein Icterus. — Lungen-Lebergrenze am untern Rand der V. Rippe. H. R. besteht

von der Mitte der Scapula ab absolute Dämpfung, während L. H. U. die Lungengrenze handbreit unter den Schulterblattwinkel herabreicht. – Stimmfremitus weder über der Dämpfung noch auch H. L. U. bei der infantilen Stimme des Pat. fühlbar. Ueber der Dämpfung deutlich verschwächtes Athmen mit verlängertem Exspirium, das zuweilen leicht bronchialen Hauch gewinnt. — Percussionsschall erscheint in beiden Spitzen gedämpft, rechts vielleicht noch etwas mehr als links; ebenso besteht R. infraclavicular gegen links geringe Dämpfung. — H. R. O., sowie R. infraclavicular das Athmen verschwächt gegen L.; zur Zeit kein Rasseln. — Die Auscultation der Stimme bietet nichts Besonderes. — Von vorne betrachtet erscheint die rechte Thoraxhälfte in ihren unteren und seitlichen Parthieen etwas erweitert, wird auch beim Athmen entschieden weniger bewegt, als die linke.

Herzspitzenstoss deutlich sicht-, weniger deutlich fühlbar im V. Intercortalraum etwas nach einwärts von der Papillarlinie; auch in den 2 höher gelegenen Intercostalräumen ist bei dem dünnen Thorax Pulsation sichtbar. Herztöne laut und rein; Puls etwas klein, Frequenz 90.

Abdomen erscheint verhältnissmässig grösser, Peripherie über den Nabel gemessen 65 cm. — Das Mesogastrium ist, zumal in seiner rechten Hälfte, sichtbar vorgewölbt durch einen nur nach links hin (namentlich durch Percussion) leicht abgrenzbaren, etwa 2faustgrossen, weich elastischen, nicht höckerigen Tumor, der bei starker Percussion etwas schmerzhaft ist. Der gedämpfte Schall des Tumors reicht nach links hin 3 Querfinger breit über den Nabel hinüber und endet nach oben hin in der rechten Parasternallinie in der Mitte zwischen Nabelhöhe und der Basis des Processus xiphoideus. In der rechten Mamillarlinie geht die Dämpfung ununterbrochen in die Leberdämpfung über, so dass in der ganzen Mamillarlinie von der Lungen-Lebergrenze (s. o.) bis herab zum Poupart'schen Band, wo nur eine Fingerbreite tympanitischen Schalles übrig bleibt, gedämpfter Schall existirt. Nach rechts hin gegen die Flanken des Bauches lässt sich der Tumor nicht genau abgrenzen. In der Medianlinie reicht die Dämpfung fast bis zur

Symphyse. Die linke Regio inguinalis ergibt hochtympanitischen Schall, der auch bei linker Seitenlage erhalten bleibt; ein Erguss in das Cavum peritonaei ist nicht nachzuweisen.

Die Milz erscheint in ihrer Dämpfung gross, doch ist die Grenze nach vorne unten (wegen Füllung der Därme?) nicht exakt festzustellen.

Urin hell., frei von Eiweiss. —

Die klinische Diagnose lautete, wesentlich auch auf die Anamnese und die frühere Beobachtung des Falles sich stüzend, auf chronische Peritonitis mit umfangreicher Verklebung der Darmschlingen durch starres Exsudat; daneben rechtsseitige Pleuritis. Das starre Exsudat wurde als Residuum der einstigen exsudativen Peritonitis aufgefasst. Irgend welche andere Tumoren des Peritonaeums oder Darmes wurden, als in keiner Weise wahrscheinlich, zurückgewiesen. Speciell wurde auch von einem tuberculösen Prozess abgesehen, für den sich zur Zeit genügende Anhaltspunkte nicht ergaben. Der Fieberlauf war ein solcher, wie er bei der einfachen chronischen Peritonitis sehr häufig vorkommt.

28. V. Pat. beginnt mit Kataplasmen auf das Abdomen; eine besondere Veränderung im Status ist bis jezt nicht eingetreten.

14. VI. Pat. wünscht entlassen zu werden, augenscheinlich unzufrieden mit den ihm lästigen Kataplasmen. Der Zustand hat sich etwas gebessert, indem das pleuritische Exsudat um ein Geringes gefallen ist; der Tumor im Bauche ist weicher, vielleicht auch etwas kleiner; Aussehen immer noch sehr blass. — Im spärlichen, wiederholt untersuchten Sputum konnten Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden.

Mittlere Abendtemperatur. (Mittel aus 7 Tagen) Die Morgentemperaturen stets normal.		Gewicht.		
		3. V.	29,58	Kgr.
2.—10. V.	37,8	10. «	29,4	«
11.—17. «	38,5	17. «	29,3	«
18.—24. «	38,3	24. «	29,6	«
25.—31. «	38,6	31. «	29,8	«
1.—7. VI.	38,6	7. VI.	30,0	«
8.—12. «	38,6	13. «	30,5	«

14) Anna M., 8 J., von Hagelloch, aufgenommen den 29. VII. 82. Vater starb mit 37 Jahren an Auszehrung, Mutter und drei Geschwister sind gesund. — Nach Angabe der Mutter ist Pat. von Jugend auf schwächlich und kränklich, soll aber keine besondere Krankheit, namentlich nicht die gewöhnlichen Kinderkrankheiten gehabt haben. Mit dem 2ten Lebensjahre lernte sie gehen; seit einigen Jahren besteht trockener Husten mit geringem Auswurf. Der Anfang der jezigen Erkrankung datirt erst seit 8 Tagen; es trat Hizegefühl mit grossem Durst, zeitweises Frieren auf. Besondere Schmerzen wurden angeblich nicht geklagt. Appetit war mässig, Stuhlgang leicht diarrhoisch. Den Tag vor der Aufnahme soll die Pat. auffallend viel geschlafen, sich sehr wenig um ihre Umgebung bekümmert haben. Ein Arzt ist bisher nicht zu Rathe gezogen worden.

Status praesens. Schlecht genährtes anämisches Individuum ohne Oedeme. Gewicht 17 Kgr.

Lungen-Lebergrenze in der Mamillarlinie am oberen Rande der VI. Rippe. H. U. Lungengrenzen 4 Querfinger breit unter Angulus scapulae. Normale Percussionsverhältnisse; das Athemgeräusch vesiculär, in den Lungenspizen verschärft, ohne jegliches Rasseln.

Herzspizenstoss im V. Intercostalraum in der Papillarlinie. Dämpfung normal; an der Herzspize ein blasendes, systolisches Geräusch.

Leberdämpfung normal; Milzdämpfung grösser; das Organ mit seinem vorderen Rande deutlich vor dem Rippenbogen zu palpiren.

Im Abdomen freier Erguss, dessen obere Grenze bei horizontaler Rückenlage 1 Querfinger breit unterhalb des Nabels verläuft.

Urin frei von Eiweiweiss.

Pat. fiebert (s. u.)

Ordination: Mixt. acid. hydrochlor.

Diagnosis clinica: subacute serofibrinöse Peritonitis mit guter Prognose.

Pat. wird schon am 1. VIII. troz allen Abrathens von der Mutter nach Hause genommen.

	Temperaturen:				Temperaturen:	
29. VII.	1h	Mittags	38,8		12h Mittags	37,6
	3	«	39,2		2 «	37,9
	6	Abends	38,7 P. 108.		4 «	38,3
	8	«	38,9		6 «	37,7
	10	«	39,0		8 «	37,6
	12	«	38,5	31. VII.	6h Morgens	37,6
30. VII.	2	Morgens	37,9		10 «	37,9
	4	«	37,5		2 Mittags	38,1
	6	«	37,7		6 «	38,4
	8	«	37,5	1. VIII.	6 «	38,0
	10	«	37,2 P. 120.			

Am 6. IV. 83 wird Pat. in der Ambulanz wiederum untersucht. Sie sieht gesund aus; Abdomen von normaler Ausdehnung, frei von Erguss. Das Körpergewicht hat sich auf 22,5 Kgr. von 17 Kgr. während der Aufnahme im lezten Jahre, gehoben.

15) Christian H., 12 J. alt, von Gruibingen, aufgenommen 18. V. 1883. Pat. will früher viel krank gewesen sein, doch weiss er über die Art der Krankheiten nichts Bestimmtes anzugeben. Vor 2 Jahren hatte er Gliederweh mit Anschwellung der Hände und Füsse. Im verflossenen Jahre hatte er 5 Wochen lang eine gelbe Gesichtsfarbe, so dass seine Angehörigen glaubten, er bekomme die »Gelbsucht«. Genaueres ist nicht zu eruiren; ein Arzt wurde nicht consultirt. — Seit reichlich einem Vierteljahr ist er wiederum krank; er erwachte eines Morgens mit Uebligkeit und Bauchschmerzen; das Abdomen war auf Druck ziemlich empfindlich, soll aber auch sonst schmerzhaft gewesen sein. Der Bauch wurde allmählich grösser bis vor 7 Wochen, von da an soll er wieder an Umfang abgenommen haben. Bauchschmerzen traten von Zeit zu Zeit und ganz vorübergehend auf. Diarrhoë wird in Abrede gestellt; Erbrechen war nur ein einziges Mal vorhanden; dagegen stellte sich in lezter Zeit bisweilen Kopfschmerz ein, ab und zu auch Herzklopfen. Im Anfang der Krankheit bestand angeblich Fieber, öfters Frösteln mit nachfolgender Hize; nach Aussage des Arztes nahm

das Fieber bald wieder ab. Bisher wurde mit kalten Umschlägen auf den Bauch und verschiedenen Medicamenten behandelt.

Status praesens. Ziemlich schlecht genährtes, besonders an den Extremitäten mageres Individuum mit etwas blassen Schleimhäuten. Keine Oedeme.

Thorax sehr dünn gebaut mit schmalen Rippen, engen Intercostalräumen. Residuen alter Rachitis. Lungen-Lebergrenze am oberen Rande der VI. Rippe, H. U. Grenzen handbreit unter Angulus scapulae. Auf der Lunge, abgesehen von etwas unreinem Athmen in den Spitzen, nichts von Belang, namentlich kein deutliches Rasseln. — H. U. ist der Percussionsschall etwas matt, was wohl mit einer mässigen Kyphose im untersten Theil der Brust- und oberen der Lendenwirbelsäule zusammenhängen dürfte.

Das Herz in toto nach oben gedrängt; die Herzdämpfung beginnt am oberen Rande der III. Rippe, doch erscheint andererseits wieder im V. Intercostalraum hochtympanitischer Magenschall; nach rechts hin reicht die Herzdämpfung bis nahe an den rechten Sternalrand. An der Herzspitze (IV. Intercostalraum) lauter erster Ton mit schwachem Geräusch, die Diastole der Aorta, noch mehr die der Pulmonalis gedoppelt, Ventrikeldiastole rein.

Das Abdomen verhältnissmässig gross, Peripherie in Nabelhöhe 86 cm., Nabel leicht vorgetrieben, frei von entzündlichen Erscheinungen.

Während bei horizontaler Rückenlage ein eklatanter Befund nicht zu constatiren ist, indem nur die allertiefst gelegenen Parthieen leicht gedämpften Schall ergeben, lässt sich im Stehen des Pat. eine die Unterbauchgegend bis in die Mitte zwischen Nabel und Schossfuge einnehmende absolute Dämpfung feststellen, die mit horizontaler oberer Grenze verläuft. Die Milz ist bei rechter Seitenlage nicht als vergrössert nachzuweisen; in letzterer gibt die linke Unterbauchgegend matt tympanitischen Schall, im Uebrigen aber ist ein prompter Lagewechsel bei verschiedenen Seitenlagen nicht zu constatiren.

Bei Durchtastung des Bauches fällt eine diffuse Resistenz, vom linken Hypochondrium quer in die Lebergegend ziehend, sowie eine

weitere in der Ileo-cöcalgegend auf; sie lassen sich leichter percutorisch als palpatorisch abgrenzen; bei der erstgenannten namentlich lässt sich ein Getrenntsein von der Milz durch eine Zone tympanitischen Schalles nachweisen. Besondere Schmerzhaftigkeit des Abdomens scheint nicht vorhanden zu sein. —

Leberdämpfung überragt in der Mamillarlinie den Rippenbogenrand um 1 Querfingerbreite.

Urin klar, frei von Eiweiss.

T. 18. V. Abds. 37,5.

Ordination: Ol. jecor. Aselli.

20. VI. Pat. hat sich sehr erholt, sieht besser aus. Bauchperipherie dicht unter dem Nabel 68—69 cm. Ein Erguss ist nicht mehr nachzuweisen, die Flanken des Bauches ergeben tympanitischen Schall. Schmerzen hat Pat. so gut wie keine mehr. — Seit einigen Tagen zeigt sich geringe Röthung und Schwellung am Nabel und zwar am promenirenden Theil dieses selbst, nicht in dessen Umgebung.

21. VII. Es ist stetige Besserung, speciell im Ernährungszustand, zu constatiren. Die Entzündung des Nabels ist, nachdem sich auf demselben ein kaum erbsengrosser Abscess gebildet und einige Tropfen Eiter entleert hatte, zurückgegangen. Abdomen immer noch etwas fest, aber auch mit Panniculus versehen; in den unteren Partheien noch matt tympanitischer Schall, jedoch kein Schallwechsel bei Lageänderung; ein Exsudat überhaupt nicht mehr nachzuweisen. Die Resistenz in der Ileo-cöcalgegend (s. o. Status) ist nicht mehr deutlich, dagegen die im linken Hypochondrium noch fühlbar.

9. VIII. Pat. wird entlassen, sieht sehr gut aus, ist als vollständig geheilt zu betrachten. Auf Lunge und am Herzen wird nichts Abnormes gefunden. Eine Untersuchung des höchst spärlichen Auswurfes auf Tuberkelbacillen ergab ein negatives Resultat.

Abdomen noch etwas gross und fest anzufühlen, aber frei von Exsudat. Pat. hat ziemlich Fett angesetzt.

Bei Mittheilung der Harnmengen, die ein besonderes Interesse in diesem Falle nicht bieten, mögen die Mittel aus 7tägigen Perio-

den genügen; das beigesetzte Körpergewicht bezieht sich auf den jeweils ersten Tag dieser Perioden.

19.—25. V.	1176 c.cm.	27,8 Kg.
26.—1. VI.	1000 «	28,7 «
2.—8. «	1170 «	28,8 «
9.—15. «	1430 «	30,3 «
16.—22. «	1170 «	31,2 «
23.—29. «	1340 «	31,2 «
30.—6. VII.	980 «	32,6 «
7.—13. «	900 «	32,6 «
14.—20. «	1000 «	33,0 «
21.—27. «	980 «	33,5 «
28.—3. VIII.	960 «	33,7 «
4.—8. «	960 «	34,2 «
		9. VIII. 34,2 «

Der Fall ist demnach dadurch ausgezeichnet, dass troz des Verschwindens eines Exsudates, ein langsames stetiges Steigen des Körpergewichtes vom ersten bis zum letzten Tage in Folge von Ansaz wirklicher Körpersubstanz zu beobachten war.

16) Barbara E. von Walddorf, 10 J. alt, aufgenommen 28. V. 1883. Seit 3 Jahren bekommt die von gesunden Eltern stammende Pat. ziemlich regelmässig eine umschriebene Röthung in der Ellbogen- und Kniegelenksgegend, die stets stark «geflossen» habe. Bei Anwendung von Salzbädern verschwand jedesmal die Affektion wieder. In diesem Jahre hat sich statt dieser «fliessenden Stellen» vor 3 Wochen eine Anschwellung des Bauches eingestellt, der anfänglich schmerzhaft war. Nach einigen Tagen liess die Schmerzhaftigkeit nach, während der Umfang des Bauches immer mehr zunahm. Ob Fieber vorhanden gewesen, lässt sich nicht entscheiden.

Status praesens. Pat. ziemlich schlecht genährt, von blasser Gesichtsfarbe; Blepharitis marginalis. Kein Icterus; kein Oedem der Unterextremitäten.

Lungen-Lebergrenze in der Mamillarlinie im V. Intercostalraum; hintere, untere Lungengrenzen links 2, rechts gegen

3 Querfinger breit unterhalb des Angulus scapulae (Hochstand des Zwerchfelles).

Im Brusttheil der Wirbelsäule linksseitige, im Lendentheil (zugleich mit geringer Kyphose) rechtsseitige Scoliose.

Auf der Lunge wird allenthalben reines Vesiculärathmen gehört.

Herzspizenstoss nicht sichtbar, fühlbar im III. Intercostalraum etwas nach einwärts von der Papille. Herztöne laut, rein; Puls regelmässig.

Abdomen ist sehr stark ausgedehnt; fest gespannt, nicht schmerzhaft. Beim Anschlag ist eine kurze Welle zu fühlen. In beiden Flanken absolute Dämpfung; die obere horizontale Grenze derselben steht im Niveau des Nabels.

Leberdämpfung ist klein, die Milzdämpfung nicht vergrössert.

Urin mit reichlichem Uratsediment, frei von Eiweiss.

Ordination: Bettruhe, roborirende Diät.

Temperaturen:

28. V.	Abends 37,6	30. V.	Morgens 37,0
29. «	Morgens 37,1		Abends 37,5
	Abends 37,7	von hier ab wird nicht mehr gemessen.	

4. VI. Klinische Diagnose: chronische exsudative Peritonitis. — Prognose wird als günstig bezeichnet. — Es werden nunmehr Kataplasmen auf das Abdomen angewandt.

15. VI. Es hat sich eine geringe Erweiterung der Bauchvenen (Vv. epigastricae), die schon vor 14 Tagen sichtbar gewesen, entwickelt.

Statt der Kataplasmen Einreibung von Unguent. ciner. 2,0 gr. p. die in die Bauchdecken.

30. VI. Mit Einreibungen ausgesezt.

26. VII. Wieder mit Einreibungen, 2 gr. p. die, begonnen.

6. VIII. Pat. wird nach Hause abgeholt. Das Exsudat hat nur wenig abgenommen; das Abdomen fühlt sich entschieden etwas weicher an. — Bauchperipherie, wie am 20. VII. 66½ cm. Ernährungszustand leidlich.

	Urinmengen	Gewicht		Urinmengen
29. V.	700 c.cm.	25,5 Kg.	30. V.	700 c.cm.

	Urinmengen.	Gewicht
31. V.	700 c.cm.	
1. VI.	700 «	
2. «	600 «	
3. «	600 «	
4. «	600 «	
5. «	600 «	
6. «	700 «	25,3 Kg.
7. «	500 «	
8. «	600 «	
9. «	500 «	
10. «	400 «	
11. «	700 «	
12. «	1000 «	
13. «	900 «	25,2 Kg.
14. «	900 «	
15. «	1200 «	Unguent. einer.
16. «	700 «	
17. «	800 «	
18. «	1200 «	
19. «	900 «	
20. «	900 «	25,2 Kg.
21. «	1200 «	
22. «	500 «	
23. «	600 «	
24. «	1000 «	
25. «	600 «	
26. «	500 «	
27. «	800 «	
28. «	1100 «	
29. «	600 «	
30. «	700 «	Mit Unguent. cin. ausgesetzt.
1. VII.	400 «	
2. «	500 «	
3. «	700 «	
4. «	600 c.cm.	24,25 Kg.
5. «	400 «	
6. «	600 «	
7. «	800 «	
8. «	900 «	
9. «	600 «	
10. «	600 «	
11. «	600 «	24,4 Kg.
12. «	900 «	
13. «	1100 «	
14. «	800 «	
15. «	900 «	
16. «	1100 «	
17. «	1000 «	
18. «	1500 «	25,2 Kg.
19. «	1200 «	
20. «	1100 «	
21. «	1000 «	
22. «	700 «	
23. «	900 «	
24. «	850 «	
25. «	1150 «	25,0 Kg.
26. «	1300 «	Unguent. cin. 2 gr. p. die
27. «	1200 «	
28. «	1100 «	
29. «	1300 «	
30. «	1200 «	
31. «	1100 «	25,15 Kg.
1. VIII.	1000 «	
2. «	1400 «	25,2 Kg.
3. «	800 (?) «	
4. «	1400 «	25,2 «
6. «		24,9 «

Eine besonders deutliche Wirkung der grauen Salbe auf Resorption des Exsudates und Vermehrung der Harnsekretion lässt sich an diesem Falle nicht constatiren; angedeutet ist sie bei der zweiten Einreibung vom 26. VII. an. —

— Ich habe vorstehende Fälle wie ich glaube mit gutem Grund von andern, die späterhin zu besprechen sein werden, abgegrenzt. Was sie fast alle auszeichnet, ist ein unter geringfügigem Prodromen und namentlich ohne nachweissbare Aetiologie sich entwickelnder, quantitativ ziemlich wechselnder Erguss in die Bauchhöhle bei wenig ausgesprochenem Allgemeinleiden, fehlendem oder nur mässigem Fieber, Tendenz zur Heilung. Der Gesammthabitus der Krankheit ist der einer nur mässig intensiven Affektion so sehr, dass eben darin ganz wesentlich die Möglichkeit der diagnostischen Unterscheidung von anderen schwereren oder zu solchen sich entwickelnden Formen liegt. Eine plausible Aetiologie festzustellen, gelingt bei aller Bemühung nicht und darf dies nicht etwa bloss in mangelhafter Anamnese gesucht werden. In anderen Fällen von denen ich einzelne beispielsweise anführen werde, scheint eine als mehr oder weniger zureichend anzusehende Aetiologie vorhanden zu sein; im Uebrigen ist aber Befund wie Verlauf von den anderen nicht wesentlich abweichend.

Vielleicht traumatischen Ursprungs ist folgender Fall:

17) Adolf Z., 12 J. alt, von Hagelloch, aufgenommen 21. I. 81. — In der Familie nichts von Lungenleiden. Im Winter 78 angeblich eine 8 Wochen und im Winter 79 eine 3 Wochen lang dauernde «Lungenentzündung» mit Schmerzen auf der Brust. In der Zwischenzeit gieng Pat. zwar in die Schule, konnte aber an den Spielen seiner Altersgenossen nicht theilnehmen, weil er viel an Kopfweh und Uebligkeiten zu leiden hatte; ersteres, besonders in der Stirne localisirt, trat 3—4mal in der Woche, zumal in der Schule, auf, die Uebligkeiten verbunden mit Brechneigung noch öfter, sowohl vor, als nach dem Essen.

Erst auf genaueres Befragen gibt Pat. an, dass er vor 3 Wochen auf einem neu hergestellten Wege gefallen und dabei mit dem Bauch hart aufgestossen sei. Seit dieser Zeit verspüre er öfters

mässige Schmerzen im Bauche, von denen er aber nichts Bestimmteres auszusagen weiss, z. B. nicht, ob sie auf Druck sich steigerten. Vor 14 Tagen soll der Bauch grösser als jezt gewesen sein. Der Stuhlgang war eher diarrhoisch, besonders Nachts erfolgend.

Status praesens. Mässig genährtes, etwas zartes Individuum ohne Oedeme.

Lungen-Lebergrenze am untern Rand der VI. Rippe. Percutorisch keine Anomalie. Athemgeräusch scharf vesiculär, H. U., besonders R, saccadirt. Kein Rasseln. Herz bietet abgesehen von leisem systolischem Blasen nichts Besonderes.

Leberdämpfung überragt Rippenbogenrand in der Mamillarlinie um 1 Querfinger. — Milzdämpfung normal.

Die abhängigen Parthieen des nicht druckempfindlichen Abdomens geben gedämpften Schall; bei horizontaler Rückenlage geht die obere Grenze zwischen 1. und 2. Drittel der Nabel-Schossfugendistanz hindurch. Deutlicher und rascher Lagewechsel des Exsudates; bei starkem Vornüberbeugen des Rumpfes rückt die Grenze nach oben.

Urin frei von Eiweiss.

Temperatur:

21. I.	3^h Mittags	37,6	22. I.	6^h Morgens	37,0
	6^h Abends	37,6		6^h Abends	37,4

24. I. Das Exsudat im Bauche ist weniger deutlich, indem in linker Unterbauchgegend auch bei horizontaler Rückenlage tympanitischer Schall vorhanden ist. Sonst befindet sich Pat. ganz wohl; übrigens ist derselbe Bettnässer, muss in der Nacht von den Stubengenossen geweckt werden, wenn er das Bett nicht verunreinigen soll.

27. I. Heute erscheint die Dämpfung wieder im untersten Theile des Bauches deutlicher zu sein. Auf Wunsch wird Pat. entlassen.

Gewicht: 22. I. 28,37 Kg.; 27. I. 29,05 Kgr.

Am 23. V. 1883 wird Pat. in der Ambulanz untersucht. Er sieht gesund aus; im Abdomen ist ein Erguss nicht nachzuweisen; nur eine gewisse Resistenz in linker Unterbauchgegend. Nichts

von umschriebenem Tumor oder von Druckempfindlichkeit. Gewicht (bei sehr kleiner Statur) 32,85 Kg.

Als Nachkrankheit von Masern ist vielleicht folgender Fall aufzufassen:

18) Johanna H., 4½ J. alt, von Reutlingen, aufgenommen 21. II. 81. Nach Angabe der Mutter litt Pat. im December vorigen Jahres 14 Tage lang an Masern, war dann scheinbar gesund. Vor 14 Tagen angeblich Fieber, Entzündung der Mandeln, Diarrhoë, geringer Husten. Diese Erscheinungen verschwanden nach einigen Tagen, worauf von der Mutter Aufgetriebensein des Bauches bemerkt wurde. Der zugerufene Arzt constatirte ein Exsudat im Bauch, fand den Urin eiweissfrei. Pat. soll in lezter Zeit abgemagert und in der Ernährung heruntergekommen sein.

Status praesens. Pat. ist noch leidlich genährt, keine Oedeme. Percussion der Brust ergibt allenthalben vollen Schall, dabei ein Höherstehen des Zwerchfelles um 1—2 Querfingerbreiten, die Auscultation scharfes Vesiculärathmen mit vereinzelten trockenen Rasselgeräuschen. — Herzdämpfung normal. Abdomen ausgedehnt durch freien Flüssigkeitserguss, dessen obere Grenze bei horizontaler Rückenlage die Mitte der Nabel-Schossfugendistanz eben überschreitet. Bauchumfang 60 cm. In der R. Inguinalgegend scheint eine druckempfindliche Stelle zu existiren. Leber nach oben gedrängt, Milz nicht vergrössert. Urin frei von Eiweiss.

Pat. fiebert (s. u.).

Ord.: Priessnitz'scher Umschlag auf den Bauch.

23. II. Nach Hause entlassen auf Wunsch der Mutter. —

Die Untersuchung der Lunge ergibt z. Zeit in den Lungenspitzen reines Athmen ohne Rasseln. Gewicht 14,5 Kg. —

Temperatur:

21. II.	4h	Abends	39,2	22. II.	8h	Abends	38,5
	8h	«	39,0		10h	«	38,4
	12h	«	38,8		12h	«	38,0
22. II.	6h	Morgens	37,2	23. II.	6h	Morgens	37,3
	12h	Mittags	37,5		8h	«	37,1
	6h	Abends	39,3				

Laut Bericht vom 13. April 83 ist Pat. wieder vollständig wohl, »rothwangig« und besucht seit 1 Jahr ohne Unterbrechung die Schule wieder, Stuhlgang ganz regelmässig. Es sollen intercurrente Verschlimmerungen im Jahre 1881 eingetreten sein; wenigstens wurde am 24. März »starkes Fieber, trüber Harn, zunehmende Spannung des Abdomens«, dann nach wieder eingetretener Besserung am 23. Juli »vom Nabel abwärts ein Erguss im Bauchfellraum« constatirt. Der behandelnde Arzt, dem ich diese Notizen verdanke, hatte auch die Freude, durch homöopathische Mittel die Krankheit zu heilen. »Die naheliegende Vermuthung, dass die Erkrankung ganz spontan geheilt sei, trifft wohl nicht ganz zu« (!).

— Zum Beweise, in wie früher Zeit, vielleicht im Gefolge von Rachitis und chronischem Darmkatarrh, peritonitische Exsudate auftreten können, mag nachstehender Fall dienen:

19) Marie B., 2½ J. alt, von Ohmenhausen, aufgenommen 21. V. 80. Das Kind wurde nur 6 Wochen lang von der Mutter gestillt, dann in Kost gegeben. Schon mit ½ Jahre soll unter Schmerzen und Diarrhoëen der Bauch grösser geworden sein, dann aber wieder etwas sich verkleinert haben. Mit ¾ Jahren angeblich Masern, verbunden mit Husten und daran sich anschliessender längerer Kränklichkeit. — Abgesehen von dem grossen Bauch, wegen dessen das Kind übrigens meistens zu Bette lag, galt dasselbe für gesund.

Status praesens. Pat. ziemlich dürftig genährt, Zähne schlecht; das Skelet zeigt an den Rippen deutliche Spuren von Rachitis. — Gewicht 8,47 Kgr.

Percussion der Lungen ergibt nichts Besonderes; die Auscultation zahlreiche, über die ganze Lunge verbreitete, grobe trockene Rhonchi. — Herz durchaus normal. Leberdämpfung nicht vergrössert.

Abdomen ausgedehnt, Umfang in Nabelhöhe 46 cm. Die Percussion ergibt eine bewegliche Dämpfung, deren obere horizontale Grenze 2—3 Querfinger breit unter dem Nabel verläuft. — Urin frei von Eiweiss.

Ordination: Kataplasmen.

25. V. Exsudat in dem allerdings meteoristisch aufgetriebenen Abdomen mit Sicherheit heute nicht nachweisbar.

28. V. Abdomen fester, Exsudat ziemlich leicht zu percutiren.

29. V. Gewicht: 8,85 Kgr. — Da der Bauch Morgens klein, Abends, wenn den Tag über die Kataplasmen gelegen haben, aufgetrieben erscheint, so werden dieselben weggelassen.

4. VI. Gewicht 8,8 Kgr. Auch bei kleinem, nicht aufgetriebenem Bauch konnte bei wiederholter Untersuchung in der lezten Zeit kein Exsudat gefunden werden, wesshalb Pat. heute entlassen wird. — Soll zu Hause Ferrum carbon. sacch. nehmen.

Pat. ist laut Pfarramtl. Berichtes 7. X. 81 gestorben.

Mit Gravidität war folgender Fall complicirt:

20) Rosine K., 27 J. alt, Händlersgattin aus Gönningen, aufgenommen 17. IV. 80. Pat. in der Jugend stets gesund. Periode trat erstmals im 14. Lebensjahre auf, war immer unregelmässig, spärlich; in jener Zeit soll öfters »Nesselsucht« sich gezeigt haben, der Beschreibung nach wohl entwickelte Urticaria. Im 21sten Jahre verheirathet, hat Pat. 3mal geboren, im 22sten, 24sten und 25sten Jahre; die Wochenbetten waren sehr lang dauernd, mit viel Blutverlust, Schmerzen in den Seiten, sowie Beschwerden beim Uriniren verbunden. Seit der lezten Geburt soll jede Menstruation von lebhaften Schmerzen im ganzen Bauche begleitet sein. Im Juli 79 bekam Pat. eine 6 Wochen lang dauernde Metrorrhagie, welche durch eine Arznei schliesslich gestillt wurde. Darnach trat die Periode nur noch einmal, in der ersten Woche des Octobers, ein und ist seitdem ausgeblieben. Im November hatte Pat. 6 Tage lang heftiges Frieren mit Kopfschmerz und Appetitlosigkeit; darauf Fieber, gegen welches kalte Abwaschungen angewandt wurden; zugleich schwoll der Bauch stark an. Der Arzt sprach von »Blutleere«. Die Anschwellung nahm rasch zu, als Pat. im Januar 80 wiederum aufstand; der Appetit lag sehr darnieder. Hr. Prof. v. Liebermeister, welchen Pat. am 26. Jan. consultirte, verordnete Kataplasmen bei andauernder Bettruhe. Als Pat. in die Klinik eintrat, war ihr Zustand, namentlich der Appetit, schon wesentlich gebessert.

Status praesens. Pat. von blühendem Aussehen, sehr reichlichem Panniculus adiposus. — Die Untersuchung der Lungen ergibt normalen Stand der Lungengrenzen, allenthalben reines Vesiculärathmen ohne Rasseln. Herzdämpfung normal; der 1. Ton unrein, gespalten, der 2. rein; keine Verstärkung des 2. Pulmonaltones. Leber- und Milzdämpfung verhalten sich normal.

Abdomen aufgetrieben, 108 cm. Peripherie, enthält im unteren Theile eine bewegliche Dämpfung, deren obere Grenze bei Rückenlage bis über den Nabel emporreicht, bei Seitenlage sich völlig horizontal stellt. Ausserdem sind in der Flüssigkeit verschiedene Tumoren zu palpiren, die, ähnlich wie Kindstheile, zuweilen gegen den Finger ballotiren, aber wegen der Dicke der Bauchdecken sehr schwer in ihrer Gestalt abzutasten sind. Kindliche Herztöne z. Zeit nicht zu hören. Stuhlgang angehalten. Urin eiweissfrei.

Ordination: Unguent. ciner. 2,0 p. die in das Abdomen einzureiben, Pulvis haemorrhoidalis.

26. IV. Allgemeinbefinden gut; objectiver Befund gleich. Deutliche kindliche Herztöne sind bis jezt nicht zu hören gewesen.

7. V. Es ist keine freie Flüssigkeit mehr im Bauche nachzuweisen; derselbe hat an Umfang nicht zugenommen (107 cm.); die harten Massen (Kindstheile) sind deutlicher zu fühlen, man hört kindliche Herztöne. Es wird, da das Exsudat verschwunden, mit den Einreibungen ausgesezt.

Klinische Diagnose: chronische Peritonitis, veranlasst vielleicht durch Gravidität. Grösse des Uterus entspricht dem 8. Schwangerschaftsmonat, auch der innere Befund stimmt damit überein. Kindsbewegungen werden angeblich seit 6 Wochen gefühlt. Ausschliessung von Ovarialgeschwulst und Extrauterinschwangerschaft.

15. V. Pat. auf Wunsch entlassen.

Gewicht: 18. IV. 77,5 Kgr. 8. V. 77,2 Kgr.
29. « 77,7 « 15. « 78,3 «
1. V. 77,25 «

Urinmenge in 24 Stunden:

19.—25. IV. 1620 c.cm. 3.—11. V. 1210 c.cm.
26. IV.—2. V. 1460 « (von hier ab nicht mehr gemessen).

Das Pfarramt G. theilt auf diesbezügliche Anfrage im April 83 mit, dass Pat. »seit 1880 gesund sei«. Am 28. Juli 80 gebar sie ein Mädchen, das den 7. Sept. 80 an »Gichtern« (Convulsionen) starb. Desgleichen starb ein am 18. Jan. 82 geborener Knabe schon nach 12 Tagen, ebenfalls an »Gichtern«. Beide Wochenbetten verliefen gut.

Nachstehenden Fall, wo die Entwicklung des Ascites möglicherweise an ein Puerperium sich angeschlossen hat, konnte ich nur ambulatorisch beobachten:

21) Lisette W., 37 J., verh., von Eningen, stellte sich am 6. IV. 77 erstmals in der Ambulanz vor. Seit Febr. 76, wo Geburt des 11. Kindes, krank; Pat. galt für »auszehrend«; anfangs Fieber, Schmerzhaftigkeit des Bauches, der allmählich an Volum zunahm. Jezt Abdomen an verschiedenen Stellen schmerzhaft, besonders aber in der Mittellinie, enthält einen ziemlich reichlichen freien Erguss. Uterus descendirt; detaillirte Untersuchung wegen grosser Schmerzen unmöglich.

Ordin.: Unguent. ciner. ins Abdomen eingerieben. Ol. jecor. Aselli.

23. V. Die Einreibungen sind unter Controle eines Wundarztes ausgeführt worden. Jezt ist Aussehen und Ernährungszustand ganz wesentlich gebessert. Abdomen kleiner, an einzelnen Stellen noch ziemlich schmerzhaft. Erguss nicht mehr deutlich.

4. VI. Es ist leichte Mundaffection aufgetreten. — Kali chloricum.

Vom 12.—18. VI. 77 war Pat. in der Klinik zur genaueren Untersuchung aufgenommen; ein Exsudat im Bauche war nicht mehr nachzuweisen. Der Ernährungszustand noch mässig; die Menses sind wiederum eingetreten und regelmässig.

In einzelnen Fällen sind Erscheinungen, die als Ulcus ventriculi sich deuten lassen, dem Auftreten des peritonitischen Ergusses vorausgegangen:

22) Eva S., 24j. Nähterin von Rexingen, aufgenommen 17. VI. 1872. — Vater an »Abzehrung« gestorben, Mutter gesund, von 8 Geschwistern ist eines brustleidend. Im 7. Lebensjahre Scharlach; von da ab gesund. Seit dem 14. Lebensjahre ist Pat. als Nähterin

beschäftigt. Mit 16 Jahren erstmals menstruirt; die Menses waren unregelmässig, besonders im Sommer, spärlich. Herzklopfen, Engbrüstigkeit, aber keine »eigentliche Bleichsucht« soll in der ersten Zeit bestanden haben. Im 20. Jahre wurde Pat. magenleidend. Pat. erbrach häufig, hauptsächlich aber saure Speisen, nie wurde Blut erbrochen; dabei bestanden häufige, ziemlich heftige Magenschmerzen und Verstopfung. Die jezige Erkrankung datirt vom November 71; es trat, angeblich nach einer Erkältung, Auftreibung des Bauches ein, der spontan und bei Druck, besonders in den Hypochondrien, heftig schmerzte; zugleich Erbrechen »wässriger grüner Massen« und Stuhlverstopfung, welch' leztere durch Sennesblätter zu grosser Erleichterung der Pat. vorübergehend beseitigt wurde. Doch blieb der Stuhlgang stets unregelmässig, erfolgte bald täglich, bald wieder alle 2 Tage, war vorübergehend diarrhoisch; beim Absezen desselben Schmerzen. Pat. lag, die ersten 3 Erkrankungstage ausgenommen, während dieser Zeit nicht zu Bette, war mit Nähen beschäftigt; beim Versuch schwererer Arbeit traten stets heftige Schmerzen im Bauche auf. Nach dem Essen stellte sich zuweilen Leibschmerz ein; selten, etwa alle 8—14 Tage, Erbrechen und zwar nur nach Genuss gewisser Speisen. Ein im Januar 72 consultirter Arzt verordnete täglich zu nehmende eröffnende Pillen, welche insoferne vortheilhaft wirkten, als die Schmerzen beim Stuhlgange nachliessen. Vom Anfang Februar ab sistirten die Menses gänzlich, nachdem sie schon seit August 71 unregelmässig geworden waren und einige Male cessirt hatten. Von da ab blieb der Zustand bis jezt ziemlich unverändert. Husten war nie zugegen, jedoch Fieber von Anfang der Erkrankung an, Abends häufiges Frösteln mit Hizegefühl abwechselnd und nachfolgendem, oft starkem, Schweiss. Diese Fiebererscheinungen waren übrigens wechselnd, 8—14 Tage z. B. täglich sich einstellend, um dann wieder auf längere Zeit zu verschwinden. Erst seit November will die vorher angeblich gut genährte Pat. beträchtlich abgemagert sein. Oedeme an den Beinen sind nicht beobachtet worden. Pat. will nie geboren haben.

Status praesens. Ziemlich magerer Körper. Gewicht 42,7 Kg. Haut und Schleimhäute blass; keine Oedeme.

Untersuchung der Brust ergibt weder percutorisch noch auscultatorisch irgend eine Anomalie. — An der Herzspize ein systolisches (accidentelles) Geräusch.

Abdomen gleichmässig über Norm ausgedehnt; Circumferenz in Nabelhöhe 68 cm.; von der Spize des Schwertfortsazes bis zur Symphyse 37 cm. Im Abdomen reichlicher Flüssigkeitserguss. Bei Palpation des Abdomens fühlt man sehr deutlich ganz oberflächlich, gleichsam unter der Haut, liegende Tumoren von verschiedener Grösse, jedoch die einer Walnuss nicht überschreitend, meistens erbsen- bis kirschengross; sie sind von einander abgegrenzt, z. Theil durch leistenartige Verbindungen mit einander im Zusammenhang stehend, bald rund, bald kantig, von derber Consistenz, bei Druck ganz schmerzlos. Sie sind auffallend gleichmässig vertheilt, besonders das Meso- und Hypogastrium, sowie beide Iliacalgegenden einnehmend, während Epigastrium und die Hypochondrien nahezu frei sind. — Leber und Milz ohne nachweisbare Anomalie. — Urin von heller Farbe, sauer, eiweissfrei. — Stuhlgang breiig, mehrmals täglich (auf Ol. Ricini) erfolgend. — Geringes abendliches Fieber mit deutlich erhöhter Hauttemperatur und nachfolgendem mässigem Schweiss.

Ordin.: Milchdiät, Kataplasmen auf das Abdomen.

13. VII. Da nichts Wesentliches geändert, so wird statt der Kataplasmen ordinirt: Einreibung von Unguent. ciner. 2,0 p. die.

Vom 24.—27. VII mit Einreibungen ausgesezt. Mundaffection bisher nicht beobachtet.

27. VII. Einreibungen (2,0 p. die) werden fortgesezt und zwar bis zum 31. VII, so dass im Ganzen 30,0 gr. Unguent. ciner. eingerieben sind, ohne dass Mundaffection aufgetreten wäre.

5. IX. Pat. wird bis auf Weiteres mit einem Gewicht von 47,2 Kgr., also einer Gesammtzunahme von 5 Kgr. entlassen. — (Eine Notiz über den damaligen Befund im Abdomen fehlt).

Mittlere Abendtemperaturen (die Morgentemperaturen waren nur 2mal erhöht, am 20. und 26. VII.: 38,3 resp. 38,0):

18—24.	VI.	38,5.	16—22.	VII.	37,9.
25. VI—1.	VII.	38,3.	23—29.	«	37,8.
2—8.	«	38,6.	30. VII—5.	VIII.	37,9.
9—15.	«	37,9.	6—10.	«	37,9.

von hier ab wurde nicht mehr gemessen.

Am 16. XI. 72 wurde Pat. wiederum aufgenommen. Aussehen frischer, Gesichtsfarbe lebhafter, Schleimhäute gefärbter als früher. Keine Oedeme.

Das Abdomen gleichmässig, aber in geringem Grade aufgetrieben, lässt bei Palpation von den früher vorhandenen, vielfach kantigen Knoten nichts mehr erkennen; nur bei tiefem Drucke fühlt man eine diffuse höckerige Resistenz, welche auf Residuen der zum grössten Theile resorbirten Exsudatmassen zu beziehen sein dürften. Gewicht 48,33 Kg.

Ordin.: Ol. jecor. Aselli, 3 Löffel p. die.

10. XII. entlassen mit einem Gewicht von 52,12 Kg., also einer Zunahme (in 3 Wochen) um 3,79 Kg. (entsprechend einer Gesammtzunahme gegenüber der ersten Aufnahme um 8,79 Kg.). —

Pat. hat sich seit dieser Zeit wiederholt vorgestellt, erschien stets vollkommen gesund, von den früher vorhandenen Tumoren konnte später nie mehr etwas gefühlt werden.

Am 25. V. 1883 wird Pat. in der Ambulanz untersucht. Sie sieht gut aus, im Abdomen, welches weich und gut zu durchtasten ist, keinerlei Tumor oder Erguss, auch nicht bei aufrechter Körperstellung, nachweisbar. Menses regelmässig, im Ganzen schwach. Neigung zur Obstipation. —

— Die nachfolgenden Fälle gehören, wie die früher beschriebenen, der einfachen exsudativen Peritonitis an und sind hier aus einem vielleicht nur äusserlich erscheinenden Grunde zusammengestellt, indem bei ihnen wegen allzu zögernder Resorption oder zu grosser Massigkeit des Exsudats die Punktion des Abdomens vorgenommen wurde.

23) Heinrich R., 4 J. alt, aus Esslingen, aufgenommen 14. VII. 73. Vater des Kindes ist »brustleidend«; die Mutter sieht kränklich aus, behauptet aber, nicht brustleidend zu sein. Der Vater

und ein Bruder der Mutter starben an »Schwindsucht«. Mit 5/4 Jahren machte Pat. die Masern, darnach die »Lungenentzündung« durch, an welch' lezterer er 4 Wochen lang krank lag; von da ab blieb er bis in sein 3. Lebensjahr vollständig gesund, bekam aber dann den »Krampfhusten«, an dem er 6 Wochen lang litt. — Anfangs Februar 73 bemerkte die Mutter Husten, grosse Mattigkeit, zeitweilige Appetitlosigkeit, Klagen über Bauchschmerzen, Frieren mit Hize abwechselnd; Erbrechen wurde nicht beobachtet. Schon damals bestand Schmerzhaftigkeit bei Druck auf den Bauch, welcher anschwoll und auffallend fest wurde. Zugleich trat geringe Abmagerung ein. 8 Tage nach Ostern stellte sich unter Schmerzen, häufigem Frieren, angeblich ohne Hize, eine raschere Anschwellung des Bauches ein, welche seitdem so ziemlich unverändert fortbestanden hat.

Status praesens. Hochgradig abgemagertes Kind von krankhaftem Aussehen und schmuzig blasser Gesichtsfarbe. Im Missverhältniss zu den skeletartig abgemagerten oberen und unteren Extremitäten und dem nicht minder abgemagerten Thorax und Gesicht ist das Abdomen bedeutend und gleichmässig kuglig ausgedehnt, seine Haut ist glatt und glänzend, sehr stark gespannt mit starker Entwicklung der Hautvenen. — Abdomen gibt, mit Ausnahme des Epigastriums, vollständig gedämpften Schall und sehr deutliche Fluktuation. Bauchperipherie in Nabelhöhe 78 cm.; Abstand von der Symphyse bis zur Basis des Sternums 42 cm. Gewicht 24,2 Kg.

Am 18. VII. wird wegen starker Respirations- und andauernder Verdauungsbeschwerden mit einer feinen Hohlnadel die Punktion des Abdomens gemacht und 5200 c.cm. einer hellen, grüngelben Flüssigkeit vom specifischen Gewicht 1020 und Eiweissgehalt von 5,4% (durch Wägung bestimmt) entleert.

Ord.: Ferr. carbon. saccha r.

Seit 9. VIII. wird täglich 1,0 Unguent. ciner. in den Bauch eingerieben, seit 13. VIII. Ol. jecor. Aselli verabreicht.

Gewicht: 30. VII. (nach Punktion) 19,37 Kg., 11. VIII. 17,75 Kg.

Die Temperatur war bis zum 14. VIII. Morgens normal, von da ab kamen leichte Steigerungen bis 38,3 in maximo vor. Die Abendtemperaturen betrugen (7tägige Mittel)

14. VII.	37,6	1.—7. VIII.	38,9
16. «	37,8	8.—14. «	39,1
18. «	37,3	15.—20. «	39,1
zunächst wird nicht		21.—24. «	38,9
mehr gemessen. —		2mal wurde, als höchste überhaupt	
25.—31. VII.	38,7	beobachtete Temperatur 39,5 bestimmt.	

Der Temperaturabfall gegen Morgen war stets mit reichlicher Schweissbildung verbunden.

Pat. wurde, ehe noch irgend ein therapeutischer Erfolg zu constatiren war, am 25. VIII. in die Heimat abgeholt.

Der behandelnde Arzt konnte bald nach der Entlassung vollständige Genesung constatiren. Nach einer Notiz von Ende Mai 1883 ist »Pat. seit jener Zeit nie mehr krank gewesen«; jezt betreibt er das Schreinerhandwerk und verrichtet alle, auch schwere, Arbeit ohne besondere Beschwerde.

24) Elisabeth W., 16 J., von Kirchentellinsfurth, aufgenommen 23. VI. 1874. Vater und Geschwister der Pat. sind gesund, die Mutter leidet an Kurzathmigkeit. Im December 72 erkrankte Pat. am »Schleimfieber«, an dem sie 6 Wochen lang zu Bette lag; es bestand angeblich starkes Fieber mit Kopfschmerzen, keine Delirien. In der lezten Woche dieser Krankheit verspürte sie einen »Druck« in der Oberbauchgegend, der von einem Rippenbogenrande zum andern sich erstreckte; zugleich wurde diese Gegend vorgewölbt und man fühlte bei stärkerem Eindrücken in der Tiefe eine harte, ziemlich druckempfindliche Geschwulst. Pat. blieb trozdem die nächsten 4 Wochen ausser Bett, obwohl sie in dieser Zeit eine allmähliche Zunahme des Volums des Bauches bemerkte. Erst, als auch die Beine zu schwellen begannen, legte sie sich wieder; dennoch schwollen die Unterextremitäten noch mehr an bis herauf zum Bauche. Die Anschwellung des Bauches nahm seit dieser Zeit allmählich zu, während die Beine wiederum fast gänzlich abschwollen. Im Winter 73/74 entstand die noch jezt vorhandene Geschwulst am Nabel. In der Ruhe hatte Pat. keine wesentlichen Beschwerden, bei Anstrengung, Gehen z. B. stellte sich Kurzathmigkeit und Husten ein. Uebrigens war Pat. meist ausser Bett, gieng umher. Im

Herbst 73 will Pat. Masern gehabt haben; während derselben sollen die Athembeschwerden sehr lästig gewesen sein. Pat. meint, manchmal abendliches Fieber gehabt zu haben; im Ernährungszustand soll während der Dauer der Krankheit eine wesentliche Aenderung nicht eingetreten sein.

Status praesens. Pat. ist leidlich gut genährt, im Gesicht sogar voll. Gewicht 41,5 Kg. Die Haut beider Beine, zumal der Oberschenkel, schwach ödematös; die Rumpfhaut zeigt überall Abschilferung der Epidermis. Das Abdomen ist stark ausgedehnt; präsentirt über dem Nabel eine citronengrosse, von normaler Haut überdeckte, kuglige Geschwulst, deren flüssiger Inhalt durch Druck unter fühlbarem Schwirren in die Bauchhöhle entleert werden kann; ist dies geschehen, so kann man in der Tiefe eine kleine Lücke in der linea alba fühlen. Das Abdomen misst vom Schwertfortsaz bis zur Schossfuge 35 cm.; die grösste Peripherie, über den (entleerten) Nabel gemessen, beträgt 88 cm.; bei der Palpation lässt es exquisites Fluktuationsgefühl erkennen. Die Percussion ergibt freien Erguss bis über den Nabel herauf.

Der untere Leberrand bei stossweiser Palpation durch die Flüssigkeit hindurch fühlbar; das Organ erscheint etwas vergrössert. — Im Epigastrium fühlt man eine drei Finger breite Erhabenheit, welche horizontal von einem Rippenbogen zum andern quer herüberzieht.

Die untere Thoraxapertur ist erweitert, der processus xiphoides etwas nach vorne aufgebogen.

Lungen-Lebergrenze im V. Intercostalraum; die hinteren unteren Lungengrenzen beiderseits am Schulterblattwinkel. Auscultatorisch nichts Besonderes.

«Herzspitzenstoss» am deutlichsten im 3. l. Intercostalraum in der Parasternallinie. Herzdämpfung im Ganzen verkleinert, beginnt schon an der III. Rippe. Töne rein, der erste gespalten. — In der linken Seitenwand des Thorax beginnt der tympanitische Magenschall schon an der IV. Rippe. —

Pat. hat geringes abendliches Fieber, in maximo 38,8, meist nur wenig über 38: Morgens stets normale Temperaturen. Die 24stündige Harnmenge schwankte zwischen 400—600 c.cm.

Therapie: Einreibung von Unguent. ciner., von welcher Pat., bei gleichzeitigem Gebrauch von Kali chloricum, bis zum 1. VIII. 120 gr. einrieb, ohne dass Salivation aufgetreten wäre.

Am 22. VIII. wurde Pat. in ziemlich unverändertem Zustande nach Hause entlassen; der Bauchumfang war auf 92 cm. gestiegen. —

Da die Ausdehnung des Abdomens auch zu Hause noch zunahm, so musste daselbst im Januar 1875 wegen drohender Perforation des Nabels die Punktion gemacht werden.

Es wurde eine grosse Menge heller, leicht grünlich gefärbter Flüssigkeit von starkem Eiweissgehalt entleert. Im Mai 76 wurde die Punktion wiederholt. Im Uebrigen war das Allgemeinbefinden bis zu dieser Zeit ziemlich gut. Pat. hatte Appetit, war meist ausser Bett. Mai 76 trat eine rechtsseitige Pleuritis mit stärkerem Fieber, Brustschmerzen, Dyspnoë, Appetitmangel und consecutiver Abmagerung ein.

Eine Untersuchung vom 9. Juli 1876 ergab bedeutende Abmagerung, erhöhte Hauttemperatur, schwaches Oedem der unteren Extremitäten. Das Abdomen ist durch einen freien Flüssigkeitserguss stark ausgedehnt. Die im rechten Hypochondrium ballotirende Leber ist von glatter Oberfläche. Bedeutendes rechtsseitiges pleuritisches Exsudat, das vorn bis zur dritten Rippe, hinten bis zum Schulterblattwinkel reicht. Puls 140 Schläge in der Minute. Die Klagen beziehen sich auf Seitenstechen rechts, quälenden Husten, Dyspnoë.

Pat. ist laut Bericht des Pfarramtes am 17. September 1876 in der Heimat gestorben. Einige Zeit vorher schien Besserung eintreten zu wollen. Sektion wurde nicht gemacht.

25) Therese B; 22 J. ledig aus Sickingen, aufgenommen 16. I. 75. In der Familie ist nichts von Lungenschwindsucht bekannt. Pat. wurde im 19. Lebensjahre (1872) erstmals menstruirt. Die Periode war stets etwas unregelmässig; kurz vor Eintritt und während derselben bestanden Schmerzen im Kreuz und im Bauch. Die Blutung war sehr profus, dauerte bis zu 8 Tagen. Im Oktober 1873 bekam Pat. heftige Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen, die verschieden lange, oft zwei Tage, dauerten, so dass sich Pat. zu

Bett legen musste, worauf die Schmerzen immer für einige Zeit verschwanden, um nach kürzerer oder längerer Zeit ohne besondere Veranlassung sich wieder einzustellen. An der schmerzhaften Stelle soll sich allmählich eine harte Geschwulst unter der keinerlei Veränderung zeigenden Haut gebildet haben; sie hatte bis Mitte des Jahres 1874 etwa Hühnereigrösse erreicht. Schon im Februar 74 bemerkte Pat. erstmals eine schmerzlose Anschwellung des Bauches, die anfänglich nicht beachtet wurde, auch die Pat. nicht an der Arbeit hinderte. Bis August 74 vergrösserte sich das Abdomen gleichmässig, dann trat raschere Zunahme ein. Vom Juli bis Oktober cessirten die Menses und traten in letzterem Monat unter Schmerzen und sehr profuser Blutung, welche 14 Tage lang anhielt, wieder ein. Seitdem waren die Menses immer sehr reichlich, lange dauernd, bis zu 14 Tagen, so dass Pat. hiedurch etwas geschwächt worden sein will. Die Anschwellung des Bauches hat in den lezten 4 Wochen zugenommen, die Geschwulst in der rechten Oberbauchgegend soll sich eher verkleinert haben. Oedeme der Beine sind nie beobachtet. Seit Oktober 74 besteht geringer Husten ohne Auswurf, dabei etwas Dyspnoë; ausserdem war allgemeine Abgeschlagenheit, Schmerz im Unterleib beim Gehen und Arbeiten vorhanden.

Pat. gibt an, vor c. 6 Jahren mit einer Erdscholle auf den Bauch geworfen worden zu sein.

Status praesens. Gut genährtes Individuum. Gewicht 61,4 Kg. Abdomen ausgedehnt (grösste Peripherie 89 cm.), lässt in Nabelhöhe eine seichte quere Furche erkennen, unterhalb dieser deutliche Fluktuation fühlbar, oberhalb nicht. Im Bereich der Fluktuation besteht gedämpfter Percussionsschall; nur bei starker Percussion erhält man matten tympanitischen Schall. Die Flüssigkeit ist nach beiden Seiten hin beweglich, nach oben nicht. Lässt man die Kranke sich auf die Seite legen und percutirt an der tiefsten Stelle zwischen Darmbein und Rippenbogenrand, so erhält man gedämpften Schall unterhalb, voll tympanitischen oberhalb der erwähnten Querfurche. (Es erscheint demnach das Exsudat in der Höhe der Querfurche durch peritonitische Verwachsungen abgesackt.)

— In rechter Oberbauchgegend (s. o.) ist eine querliegende cylindrische Geschwulst fühlbar, die nach beiden Seiten hin sich nicht, dagegen gut nach oben und unten sich begrenzen lässt. — Leberdämpfung sehr schmal, blos 2 Querfinger breit. — Milzdämpfung nicht als vergrössert nachzuweisen.

Lungen-Lebergrenze am oberen Rande der V. Rippe. H. L. O. nach aussen schwache, aber entschiedene Dämpfung gegenüber R. — H. U. Lungengrenzen beiderseits in der Höhe des Schulterblattwinkels. — V. supra- und infraclavicular normaler Percussionsschall. — Die Auscultation ergibt allenthalben Vesiculärathmen; H. L. O. werden bei wiederholter Untersuchung sehr spärliche, leise Rasselgeräusche gehört.

Herzdämpfung beginnt auf der III. Rippe; reicht bis zum rechten Sternalrand. Spitzenstoss weder sicht- noch fühlbar. Töne schwach, rein. —

Der Uterus stark anteflektirt. Pat. ist fieberfrei. —

18. I. Die Menses sind eingetreten, dauern 6 Tage; Blutung sehr profus.

Klinische Diagnose: chronische Peritonitis mit Adhäsionen und Absackung des Exsudates in querer Richtung.

Der Tumor in der Lebergegend wird als aufgerolltes Netz gedeutet. Möglichkeit des Zusammenhanges der Affektion mit den Störungen im Bereiche des Genitalapparates.

Therapie: innerlich Eisen, Unguent. ciner. auf den Bauch.

31. I. Gewicht 60,5 Kg. Grösste Bauchperipherie 93,5 cm. Das Abdomen ist jezt stärker gespannt als früher; die Dämpfung schliesst nach oben nicht mehr mit der Querfurche ab, indem jetzt auch oberhalb des abgesackten Exsudates freier Ascites nachweisbar ist. Bei horizontaler Rückenlage steht die obere Dämpfungsgrenze 3 Querfinger breit oberhalb des Nabels. Die bisherigen, täglich bestimmten, Temperaturen ergaben Abends nie über 37,9.

12. II. Grösster Bauchumfang 101,5 cm., übrigens ist die obere Dämpfungsgrenze nicht höher, als früher, so dass die Zunahme des Bauchumfangs wesentlich die unteren Bauchparthieen betroffen hat. Stuhlgang stets dünn, 2—3mal täglich erfolgend.

15. II. Pat. hat seit 22. I. 60,0 Unguent. ciner. in das Abdomen eingerieben. Es wird wegen geringen Eczems am Bauche und beginnender Salivation ausgesetzt und Kataplasmen ordinirt.

Zeitweise heftige Schmerzen wurden erfolglos mit Morphin in mittleren Dosen, Diarrhoëen, die intercurrent 6—8mal täglich auftraten, mit Opium behandelt.

1. III. Die Spannung des Bauches nimmt immer mehr zu und macht der Pat. viel Beschwerden, Schmerzen im Kreuz und in der Blasengegend. Die Kranke magert sichtlich ab.

12. III. Grösster Bauchumfang 104 cm. Es wird die Punktion des Bauches gemacht und 8500 c.cm. eines hellen, gelbgrünlichen, etwas dickflüssigen Exsudates entleert, in welchem sich »Fibrin später Gerinnung« ausscheidet. Spec. Gewicht 1022. Eiweissgehalt (durch Wägung bestimmt) 5,6%. — Bei der Entleerung der Flüssigkeit sinkt die obere Grenze der Dämpfung allmählich herab, so dass dieselbe stets horizontal bleibt; ebenso bleibt sie es bei Lagewechsel. Nach der Punktion steht die obere Grenze bei horizontaler Rückenlage in der Höhe des Nabels. Der Einstichspunkt ist unterhalb der oben erwähnten Querfurche, welche als obere Grenze des quer abgesackten Exsudats angenommen wurde; es scheint demnach die strenge Trennung der unteren Parthie von der oberen nicht mehr vorhanden zu sein.

Bauchperipherie nach der Punktion 90 cm.

Gewicht « « « 59,2 Kg.

Ord.: Unguent. ciner. in den Bauch einzureiben.

24. III. Nach Einreibung von 30 gr. Unguent. ciner. beginnende Stomatitis. Es wird ausgesezt.

Kataplasmen auf das Abdomen.

Das Exsudat hat wieder zugenommen, Bauchumfang 95 cm. — Schmerzen, besonders in der Blasengegend. Harn, wie immer, normal; etwas spärlich.

Vom 6.—8. IV. heftige Diarrhoë, 6—10mal täglich.

Die Dämpfungsgrenze steht am 8. IV. 3 Querfinger breit unterhalb des Nabels. Der Bauch ist schlaff, gut zu durchtasten, ergibt palpatorisch nichts Neues. Bauchumfang jezt 87 cm., Gewicht

52 Kg. — Die plözliche Abnahme des Exsudates ist nicht etwa auf Perforation desselben in den Darm zurückzuführen; eine direkte Beimischung von Exsudat zu den Fäces ist ausgeschlossen, da der Eiweissgehalt der lezteren als unter ¼ % betragend bestimmt wurde. Es wird also der grosse Wasserverlust an sich zur Verminderung des Exsudats beigetragen haben. — Harn ist normal. — Die jezt eingetretenen Menses sind sehr spärlich, dauern bloss 1 Tag.

24. IV. Grösster Bauchumfang 80 cm. Obere Exsudatgrenze 2—3 Querfinger breit unterhalb des Nabels. — Auf der Brust L. H. O. noch schwache Dämpfung mit spärlichen leisen Rasselgeräuschen, die übrigens jezt auch in den unteren Parthieen beider Lungen gehört werden. Lungen-Lebergrenze an VI. Rippe. H. untere Lungengrenzen beiderseits gleich hoch.

28. IV. Menses eingetreten. Gewicht 50,45 Kg.

3. V. Grösster Bauchumfang 86 cm. Auf der Lunge H. U. beiderseits, besonders links, zeitweise sehr deutliche pleuritische Reibegeräusche.

8. VI. Bauchumfang 91 cm. Gewicht 55,2 Kg.

3. VIII. Bauchumfang 86 cm. Gewicht 57,65 Kg. Pat. hat viel Schmerzen. Kataplasmen werden fortgesezt.

15. VIII. Menses eingetreten, welche sehr profus sind, so dass Infus. Secal. cornut. gegeben wird.

28. VIII. Die Blutung hat aufgehört.

8. IX. Sehr profuse Genitalblutung.

25. IX. Gewicht: 58,75 Kg.

4. XI. Grösster Bauchumfang 84 cm.; Gewicht 60,35 Kg. Die Dämpfungsgrenze beginnt 3 Querfinger breit unter dem Nabel.

16. XII. Im Bauchumfang keine Aenderung. Geringe Dämpfung handbreit unter dem Nabel beginnend.

22. XII. 75. Entlassen mit der Weisung, die Kataplasmen in der Heimat fortzusezen.

Die Temperaturverhältnisse hatten sich so gestaltet, dass vom Tag der Aufnahme bis zum 3. II. stets Abendtemperaturen unter 38,0 beobachtet wurden, zwischen 4. II. und 25. III. meist solche über 38° (Maximum 38,5), vom 25. III.—1. IV. auch über 39,0

(Maximum 39,4), vom 2. IV.—29. IV. Temperaturen zwischen 38° und 39, von da ab, mit 2 Ausnahmen, wo 38,0 erreicht wurde, stets Temperaturen unter 38°. Die Morgentemperaturen waren mit wenigen Ausnahmen in der Zeit vom 28. III.—2. IV. normal. — Zu Hause sezte Pat., die den ganzen Winter über noch zu Bette blieb, die Kataplasmen bis zum Frühjahr 1876 fort; der Zustand besserte sich während dieser Zeit nur sehr langsam. Im April 76 stand sie auf, ging aufs Feld, verrichtete leichtere Arbeit, von welcher Zeit an die Besserung viel raschere Fortschritte machte. Eine am 11. Juli 76 vorgenommene Untersuchung liess weder im Bauch noch auf der Brust etwas Abnormes nachweisen. Pat. erschien vollständig gesund, hatte guten Appetit und konnte wieder schwere Arbeit verrichten.

Noch im März 1881 war Pat. vollständig gesund, hatte Oct. 1877 geheiratet.

Am 5. VI. 1883 stellte sich Pat. in der Ambulanz vor. Periode regelmässig. Pat. hat nicht geboren. Im Abdomen nichts Besonderes aufzufinden, doch sollen ab und zu Bauchschmerzen vorhanden sein. V. R. infraclaviculär geringe Dämpfung mit feuchtem Rasseln; auch H. R. O. sowie H. L. O. einzelne Rasselgeräusche. Gewicht 54,6 Kg.

26) Philippine R. 38 J. von Kullenmühle, aufgenommen 1. V. 82. Pat. war bis zur jezigen Erkrankung stets gesund. Periode trat erstmals im 15. Jahre auf, war regelmässig, schmerzlos, seit November 81 ist sie ausgeblieben. Pat. ist seit 15 Jahren verheirathet, hat 7 gesunde Kinder. — Im Juli 81 erkrankte sie ohne bekannte Veranlassung mit Appetitlosigkeit, Schmerzen in allen Gliedern, Fieber mit häufigem Frösteln; dabei bestand Gefühl von Druck und Spannung im Bauche; den häuslichen Geschäften konnte sie noch nachgehen. Ende Oktober zeigte sich eine Schwellung der Füsse und Unterschenkel, die anfänglich über Nacht noch zurückzugehen pflegte; bald darauf trat auch Schwellung des Bauches ein, der innerhalb 6 Wochen ungefähr zur jezigen Grösse anschwoll; hierzu gesellte sich noch ziemlich starke Anschwellung der Oberschenkel. — Zweimal wurde bis jezt die Paracentese des Bauches vorgenommen und c. 5—6 Liter entleert.

Status praesens. Mässige Cyanose des Gesichtes, ziemlich starkes Oedem der Beine.

Lungen-Lebergrenze am unteren Rand der V. Rippe, H. U. Lungengrenzen 2—3 Querfinger breit unterhalb des Scapularwinkels; vesiculäres Athemgeräusch ohne Rasseln. — Herzspizenstoss weder sicht- noch fühlbar; Herzdämpfung verkleinert, Töne rein.

Leber ist leicht palpirbar, überragt den Rippenbogenrand um 2—3 Querfinger.

Bauch in hohem Masse ausgedehnt; Umfang 114 cm. Percussion ergibt eine, mit Lageänderung wechselnde Dämpfung, deren obere Grenze bei Rückenlage bis zum Nabel reicht. Urin frei von Eiweiss. Geringe abendliche Temperatursteigerungen.

3. V. Oedem der Beine hat bedeutend ab-, die Dyspnoë dagegen sehr zugenommen. Die obere Grenze des Ascites steht $1^1/_2$ Querfinger oberhalb des Nabels. Urin eiweissfrei. — Der Husten anfänglich sehr quälend, ist durch Mixt. solvens sehr gebessert.

Wegen der Dyspnoë wird die punctio abdominis gemacht und 4100 c.cm. einer gelblichen, ziemlichen klaren Flüssigkeit vom specif. Gewicht 1015 entleert. Nach der Punktion ist die Leber sehr beweglich, tastbar, erscheint etwas höckerig.

Ordin: Einreibung von Unguent. cin. in das Abdomen, alle 2 Tage 1 Packet à 2,0.

9. V. Der Ascites nimmt wiederum zu. Die obere Grenze ist in Rückenlage 1 Querfinger breit oberhalb des Nabels. Tägliche Urinmengen schwanken zwischen 1000 und 1400 c.cm. p. die. Auch die Dyspnoë nimmt zu. An den Unterextremitäten ist eine Spur von Oedem aufgetreten.

15. V. Erneute Punktion in rechter Unterbauchgegend, nachdem zweimal links die Hohlnadel eingestossen worden, ohne dass Exsudat geflossen war. 5000 c.cm. heller Flüssigkeit; specif. Gewicht 1017. Bauchumfang 100 cm. nach der Punktion, vor derselben 110. Die Inunktionen mit grauer Salbe werden fortgesetzt.

17. V. Die Urinmengen werden deutlich grösser. Einreibungen werden fortgesetzt. Pat. wird von jezt ab alle 2 Tage gewogen (s. u. Tabelle).

21. V. Der Bauchumfang hat eher etwas abgenommen, auch die Dämpfungsgrenze ist um einen Querfinger breit nach unten gerückt. Pat. fühlt sich sehr wohl, hat guten Appetit und Schlaf; Respiration frei und leicht. Oedem der unteren Extremitäten ist auch nicht spurweise vorhanden. — Im Urin kein Eiweiss.

24. V. R. H. U. ist eine absolute Dämpfung aufgetreten, welche bis zum Scapularwinkel heraufreicht. Im Bereiche derselben hört man schwaches Vesiculärathmen mit mittelblasigen spärlichen Rasselgeräuschen. L. H. U. ist der Schall normal. — Dämpfungsgrenze im Abdomen ist nicht gestiegen.

27. VI. Die Einreibungen, welche seit 11. VI. ausgesezt waren, werden wieder aufgenommen.

14. VII. Bauchumfang 107,5 cm. An den Unterschenkeln noch leichte Spuren von Oedem. In Rückenlage reicht die horizontale Dämpfungsgrenze bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels. — Eiweissgehalt des Urins ist mit Sicherheit auszuschliessen.

Es wird wegen starker Spannung die Punktion des Bauches gemacht; Entleerung von 5250 c.cm. einer ziemlich klaren, schwach gelb-grünlichen Flüssigkeit von 1018 spec. Gewicht. Bauchumfang nach der Punktion, über den Nabel gemessen 95 cm. Ascitesflüssigkeit hat beträchtlich abgenommen; bei linker Seitenlage ist auch an den tiefstgelegenen Parthieen kein absolut gedämpfter Percussionsschall vorhanden. — Leber leicht zu palpiren, reicht mit ihrem unteren Rande fast bis zum Nabel herab.

16. VII. Pat. auf Wunsch entlassen. Die graue Salbe, deren Einreibung zunächst noch fortgesezt werden soll, hat augenscheinlich eine Wirkung auf die Urinsecretion geübt.

Als klinische Diagnose wurde die der chronischen, einfachen Peritonitis während der ganzen Beobachtungszeit festgehalten.

	Abendtemperaturen. Morgentemperaturen stets normal.	Urinmengen in 24 Stunden	Körpergewicht	Bauchumfang	Bemerkungen.
1. V.	38,0			114 cm.	
2. «	38,4		64,2 Kg.		
3. «	38,5	1400 c.cm.			Punktion 4100 Einreibung von Unguent. cin.
4. «	38,7	1200 «			

	Abendtemperaturen. Morgentemperaturen stets normal.	Urinmengen in 24 Stunden	Körpergewicht	Bauchumfang	Bemerkungen.
5. V.	39,0	1200 c.cm.			
6. «	38,7	1150 «			
7. «	38,9	900 «			
8. «	38,7	900 «			
9. «	38,7	1000 «			
10. «	38,6	1000 «	60 Kg.		
11. «	38,9	1200 «			
12. «	38,9	1000 «			
13. «	38,9	1000 «			
14. «	38,9	900 «		110 vor / 100 nach der Punktion	Punktion 5000
15. «	39,4	950 «			
16. «	39,2	1450 «			
17. «	39,0	1950 «	55,7 «		
18. «	38,8	2400 «	—		
19. «	39,4	1600 «	54,9 «		
20. «	38,9	1600 «	—		
21. «	39,0	1900 «	54,5 «		
22. «	39,0	1500 «	—		
23. «	38,8	1350 «	54,6 «		
24. «	39,1	1250 «	—		
25. «	38,8	1400 «	54,7 «		
26. «	38,7	900 «	—		
27. «	38,5	900 «	55,35 «		
28. «	39,0	1200 «	—		
29. «	38,9	1500 «	—		
30. «	39,0	1000 «	55,0 «		
31. «	38,5	1100 «	—		
1. VI.	38,6	1100 «	55,0 «		
2. «	38,8	1000 «	—		
3. «	38,9	1100 «	55,9 «		
4. «	38,8	1300 «	—		
5. «	38,9	2000 «	55,2 «		
6. «	39,0	1300 «	—		

	Abendtemperaturen. Morgentemperaturen stets normal.		Urinmengen in 24 Stunden	Körpergewicht	Bauchumfang	Bemerkungen.
7.	VII.	38,5	1800 c.cm.	54,8 Kg.		
8.	«	38,9	1900 «	—		
9.	«	39,1	2000 «	53,8 «		
10.	«	39,1	1000 «	—		
11.	«	38,8	1200 «	53,75 «		Mit Einreibung von Unguent. cin. ausgesezt.
12.	«	39,0	1500 «	—		
13.	«	39,0	1500 «	53,3 «		
14.	«	39,3	1500 «	—		
15.	«	38,2	1500 «	54,0 «		
16.	«	39,0	1200 «	—		
17.	«	39,0	1500 «	54,2 «	101	
18.	«	38,9	1100 «	—	—	
19.	«	38,8	1000 «	54,8 «	102	
20.	«	38,8	1100 «	—	—	
21.	«	39,3	1000 «	55,1 «	—	
22.	«	38,9	1000 «	—	102	
23.	«	38,9	1000 «	55,3 «	—	
24.	«	39,0	900 «	—	105	
25.	«	38,5	1000 «	55,2 «	—	
26.	«	38,7	1000 «	—	105½	
27.	«	38,7	800 «	55,2 «	—	Mit Einreiben von grauer Salbe wieder begonnen.
28.	«	38,2	1100 «	—	103	
29.	«	38,1	1300 «	55,3 «	—	
30.	«	38,4	1800 «	—	106	
1.	VII.	37,9	1500 «	55,2 «	—	
2.	«	37,9	2200 «	—	—	
3.	«	37,8	1900 «	55,3 «	104	
4.	«	38,5	1400 «	—	—	
5.	«	38,7	1800 «	55,4 «	106	
6.	«	38,2	1000 «	—	—	
7.	«	38,3	1300 «	55,6 «	103	
8.	«	38,3	1300 «	—	—	
9.	«	38,0	1400 «	55,9 «	105	

	Abendtemperaturen Morgentemperaturen stets normal.	Urinmengen in 24 Stunden	Körper-gewicht	Bauch-umfang	Bemerkungen.
10. VII.	38,4	1300 c.cm.	—	—	
11. «	38,3	1300 «	56,2 Kg.	106½	
12. «	38,0	1500 «	—	—	
13. «	38,3	1000 «	56,8 «	106½	
14. «	38,5	1100 «	—		
15. «	38,2	1300 «	52,8 «		Punktion 5250 c.cm.

Ueber den weiteren Verlauf berichtet die heimatliche pfarramtliche Behörde d. d. 19. V. 1883, dass Pat. nach ihrer Entlassung aus der Klinik bis Ende des Jahres graue Salbe eingerieben habe. Die Punktion ist im Ganzen 12mal seit ihrer Entlassung, manchmal in nur 3wöchentlichen Intervallen, ausgeführt worden, zum letzten Male am 16. Mai. Im December 82 und Januar 83 trat Verschlimmerung mit Oedem der Unterextremitäten ein, seit 4 Wochen jedoch fühlt sich Pat. wieder kräftiger, geht selbst ab und zu ins Freie. Der Appetit hat sich gehoben und die Oedeme der Beine sind verschwunden. Vor 14 Tagen sind auch erstmals wieder die Menses ohne jegliche Beschwerden eingetreten, nachdem sie 1½ Jahre lang cessirt hatten.

27) Agathe St., 44 J., ledig, von Sommersried, aufgenommen 2. VI. 82. — Der Vater starb an Altersschwäche, die Mutter an Wassersucht; 4 lebende Schwestern der Pat. sind gesund, eine, welche geisteskrank war, ist gestorben. — Die Periode trat erstmals im 17. Lebensjahre auf, zeigte sich alle 4 Wochen, war von 4—6tägiger Dauer, immer sehr profus.

Im Mai 1852, als Pat. 14 Jahre alt war, schwoll unter heftigen Schmerzen das Abdomen an; doch konnte sie zunächst ihren Arbeiten noch nachgehen, bis sie Neujahr 1853 wegen Zunahme der Bauchschmerzen, Fiebers, öfters eintretender Uebelkeiten sich legen musste. Die eingeleitete Medication war eine rein innerliche; nach 3monatlichem Bettliegen stand Pat. wieder auf, doch schwoll erst im Herbst der Bauch zu ungefähr normaler Grösse wieder ab. Ein Jahr später schwoll der Bauch von Neuem an; neben der früheren innerlichen Behandlung wurden auch Einreibungen mit

einer grauen Salbe und warme Wicklungen angewandt. Diesmal trat keine Besserung ein und die Anschwellung bestand 3—4 Jahre fort, bis sie nach halbjährigem Gebrauch der »L.'schen Pillen« wieder verschwand. Im 19. Lebensjahre soll der Bauch dann wieder geschwollen sein; die Pillen brachten aber jezt keine Besserung (!); nach weiteren 5—6 Jahren nochmals vollständige Abschwellung des Bauches und bald darauf erneute Anschwellung, die aber bis heute nie mehr vollständig verschwand. Im Ganzen ist der Bauch 3mal vollständig abgeschwollen, öfters wenigstens theilweise. Doch ist Pat. während dieser 30 Jahre bloss bei Beginn der Krankheit im 14. Jahre 3 Monate lang gelegen (s. o.) und dann später noch einmal 2 Tage lang. Laxantien brachten immer Erleichterung, wurden aber in lezter Zeit nicht mehr angewandt. Pat. hat übrigens stets schwere Feldarbeit verrichtet; die Schmerzen waren nur mässig, mehr im Rücken als im Bauche localisirt, besonders im Sizen vorhanden; beim Gehen bestand Gefühl von Schwäche in den Beinen. Das Abdomen hat zeitweise ziemlich grösseren Umfang, als jezt, gehabt. Punktion wurde bisher nie gemacht. Appetit war meist gut, der Stuhlgang öfters retardirt, Urinsecretion im Ganzen spärlich.

Status praesens. Mässig genährtes Individuum mit vielleicht spurweisem Oedem der Unterextremitäten. T. A. 37,6. M. 37,0.

Lungen-Lebergrenze in der Mamillarlinie am oberen Rande der VI. Rippe. H. U. Lungengrenzen 3—4 Querfinger breit unterhalb des Schulterblattwinkels; Athemgeräusch allenthalben vesiculär ohne Rasseln.

Herzspizenstoss im IV. Intercostalraum, 2 cm. nach innen von der Mamillarlinie; Herzdämpfung klein; der erste Ton an der Herzspize dumpf, ohne deutliches Geräusch. II. Pulmonalton verstärkt. Leberdämpfung ist klein; der rechte Lappen nach unten nicht abzugrenzen.

Abdomen stark ausgedehnt, Umfang über den Nabel gemessen 101 cm.; Fluktuationsgefühl schon beim leisen Anschlag. Das Abdomen ergibt überall absolute Dämpfung, mit Ausnahme der Magengrube und der linken Bauchseite bis herab zum Darmbein, wo der

Schall tympanitisch ist und auch bei Seitenlage sich nicht ändert; bei rechter Seitenlage wird der Bezirk tympanitischen Schalles linkerseits etwas grösser. — Urin ist frei von Eiweiss.

7. VI. Eiweissgehalt des Urins ist mit Sicherheit auszuschliessen. Innerliche Untersuchung unterbleibt wegen engen und starren Hymens.

12. VI. Klinische Diagnose: einfache, chronische Peritonitis.

18. VI. Keine Oedeme, kein Eiweiss im Urin; Ascites nimmt zu.

19. VI. Es wird mit Einreibungen von grauer Salbe in den Bauch begonnen, alle 2 Tage 2 gr.

23. VI. Menses sind eingetreten.

26. VI. Vielleicht Spuren von Oedem an den Unterschenkeln; kein Eiweiss im Urin.

14. VII. Keine Oedeme. Urin eiweissfrei.

20. VII. Es wird die Punktion des Abdomens in rechter Unterbauchgegend gemacht; 9400 cm. einer klaren, schwach gelblich gefärbten Flüssigkeit vom specifischen Gewicht 1006 entleert. Bauchperipherie vor der Punktion 104, nach derselben 90 cm.

3. VIII. Da nach der Punktion troz reichlicher Diurese und bei anscheinend nur mässiger Flüssigkeitszufuhr das Körpergewicht zunimmt (auf Rechnung der Körpersubstanz und noch mehr des Ascites), so wird unter genauer Controlle der Einnahmen und Ausgaben eine Bestimmung der Perspiratio insensibilis gemacht. Dieselbe ergibt bei einem Gewicht von fast 62,5 Kg. einen insensiblen Verlust von 1253 gr., in der Zeit vom Abend des 2. zum Abend des 3. VIII., also eine Ziffer, welche durchaus normalen Werthen entspricht.

5. VIII. Pat. wird auf Wunsch in sehr gutem Aussehen, wesentlich gebessert, entlassen.

	Urinmengen	Gewicht	Bauchumfang	Bemerkungen.
3. VI.	400 c.cm.	63,4 Kg.	101 cm.	
4. «	950 «			
5. «	1000 «			
6. «	1700 «			
7. «	1050 «			

	Urinmengen	Gewicht	Bauchumfang	Bemerkungen.
8. VI.	1600 c.cm.			
9. «	1350 «			
10. «	2100 «	65,1 Kg.		
11. «	1350 «			
12. «	2000 «			
13. «	1500 «	65,3 «	103 cm.	
14. «	2000 «			
15. «	1500 «	65,55 «		
16. «	2900 «			
17. «	2500 «	66,3 «	105 «	
18. «	2200 «			
19. «	2000 «	66,7 «	106 «	Einreibung von Unguent. einer.
20. «	2650 «			
21. «	2100 «	66,5 «		
22. «	2500 «		106 «	
23. «	2400 «	66,9 «		
24. «	1300 «		105½ «	
25. «	2100 «	67,15 «		
26. «	1700 «		105 «	
27. «	1800 «	67,3 «		
28. «	2700 «		105 «	
29. «	1200 «	67,6 «		
30. «	2800 «		107 «	
1. VII.	2600 «	67,9 «		
2. «	2600 «			
3. «	3200 «	68,4 «	106½ «	
4. «	2000 «			
5. «	2000 «	68,5 «	106 «	
6. «	3000 «			
7. «	2400 «	68,6 «	104 «	
8. «	2400 «			
9. «	2300 «	69,3 «	104½ «	
10. «	1600 «			
11. «	2700 «	69,2 «	104 «	

	Urinmengen	Gewicht	Bauchumfang	Bemerkungen.
12. VII.	3000 c.cm.			
13. «	1900 «	69,4 Kg.	105 cm.	
14. «	2400 «			
15. «	2100 «	69,4 «	105 «	
16. «	1800 «			
17. «	2300 «	69,9 «	104 «	
18. «	2900 «			
19. «	2000 «	69,2 «	108 «	
20. «	2300 «		104 vor / 90 nach	Punktion von 9400 c.cm.
21. «	2300 «	59,3 «		
22. «	1800 «			
23. «	2000 «	59,7 «		
24. «	1700 «		89 «	
25. «	2600 «	60,3 «		
26. «	3100 «			
27. «	2600 «	60,0 «		
28. «	3100 «		88 «	
29. «	3900 «	60,5 «		
30. «	3700 «			
31. «	3700 «	61,5 «	90 «	
1. VIII.	(3100) «			
2. «	3100 «	62,3 «		
3. «	3100			
4. «	—	61,0 «		

Nach Bericht des heimatlichen Pfarramts vom 21. V. 1883 »befindet sich Pat. sehr wohl, hat stets guten Appetit, kann alle Speisen ertragen, ohne wie früher an Verstopfung zu leiden, kann alle ihr zustehenden Arbeiten verrichten«. Pat. hat ihren Bauchumfang regelmässig gemessen, »er hat nicht zu-, nicht abgenommen«. Ihr Befinden bezeichnet sie ausdrücklich als das eines vollständig gesunden Menschen.

28) Katharina Sch., 38 J., verh., von Rexingen, aufgenommen 14. VIII. 82. Pat. war in früheren Jahren stets gesund. 1866 verheirathete sie sich, hat 6mal geboren, darunter eine Frühgeburt.

Nach dem Tode des Mannes im Jahre 1872 ging sie 1878 eine zweite Ehe ein, hat aber seitdem nicht mehr geboren. In den lezten 4 Jahren war die Periode zeitweise unregelmässig, bis zu 6—7 Wochen aussezend.

Im Jahre 1871 war Pat. 14 Tage lang wegen Gliederschmerzen im Wildbad. —

Mai 1881 bemerkte Pat. eine leichte Anschwellung des Bauches, welche allmählich immer mehr zunahm. Der Arzt soll auch leichte Oedeme der unteren Extremitäten constatirt haben; doch konnte Pat. selbst nichts davon bemerken. Im Juli 81 war Pat. 3 Wochen lang im Bad Niedernau; es soll während dieser Zeit der Umfang des Bauches geringer geworden sein; er nahm aber wiederum zu, als in der nun folgenden Ernte Pat. angestrengt zu arbeiten hatte. Erst Januar 82 bemerkte Pat. deutliche Anschwellung der Beine, die aber anfänglich Morgens gewöhnlich wieder zurückging. Dieses Oedem verschwand im Juni durch Gebrauch zweier Arzneien, von Pillen, Theetrinken, sowie durch Einreibung einer »gelben« Salbe und ist seitdem nicht mehr in erheblicherem Grade bemerkbar gewesen. — Bauchschmerzen hat Pat. nie gehabt. Seit Frühjahr 81 leidet sie an Herzklopfen, in lezter Zeit auch an Athemnoth. — Pat. ist während der ganzen Zeit der Krankheit nie zu Bette gelegen, hat vielmehr ihrem Geschäfte (als Wirthin) ohne Unterbrechung vorgestanden.

Status praesens. Pat gut genährt; geringes Oedem der Unterschenkel. Temperatur A. 37,6, M. 37,1.

Lungen-Lebergrenze am unteren Rand der VI. Rippe. H. U. Lungengrenzen 3—4 Querfinger breit unter Angulus scapulae. Athemgeräusch vesiculär.

Herzspizenstoss deutlich sicht- und fühlbar im V. Intercostalraum etwas nach einwärts von der Mamillarlinie. An der Herzspize systolisches Blasegeräusch. Der II. Pulmonalton ist nicht wesentlich verstärkt; der I. dagegen gespalten. Eine Verbreiterung des Herzens nach rechts ist nicht vorhanden.

Abdomen stark aufgetrieben (Umfang über den Nabel gemessen, 103 cm.) enthält einen freien Erguss, dessen obere Grenze 2 Querfinger breit unterhalb des Nabels verläuft. Deutliche Fluk-

tuation beim Anschlag. — Die Leberdämpfung ist von normaler Grösse. — Urin enthält kein Eiweiss.

Ordinat.: Bettruhe, Priessnitz'scher Umschlag auf den Bauch.

17. VIII. Pat. beginnt heute mit Infus. fol. Digital. 1:120.

18. « II. Digitalisinfus; Puls 72.

20. « Pat. klagt über Uebelkeit, Brechneigung, muss sich auch einmal erbrechen. Ein weiteres Infus wird zunächst nicht gegeben.

21. VIII. III. Infus à 1,0.

23. « IV. Infus à 1,0, 3—4 stdl. 1 Esslöffel.

28. « Eine besondere Wirkung der Digitalis ist nicht ersichtlich gewesen. Es wird jezt mit Einreibung von grauer Salbe begonnen, alle 2 Tage 2 grm.

3. IX. Von heute ab jeden Tag 2 grm. Unguent. ciner.

11. X. Pat. sieht fiebernd aus. P. 96. T. 6h A. 37,5. Es stellt sich heraus, dass Pat. wegen epileptischer Anfälle einer Mitpatientin sich sehr aufgeregt hatte.

19. X. Von jezt an Morgens und Abends je 2 grm. grauer Salbe.

21. XI. Es wird in Erfahrung gebracht, dass Pat. gegen ausdrückliches Verbot täglich aufsteht, angeblich aber nur ½ Stunde (?). Sie darf jezt nur noch behufs der Wägung das Bett verlassen.

6. XII. Wegen Mundaffection wird mit grauer Salbe ausgesezt.

17. « Kataplasmen auf das Abdomen.

1. I. 83. Wegen zunehmender Athembeschwerden wird heute in rechter Unterbauchgegend die Punktion gemacht; entleert werden 11 000 c.cm. einer trübgelblichen Flüssigkeit, welche beim Stehenlassen in der Kälte spärliche, kleinflockige Gerinnsel absezt. Specifisches Gewicht 1020.

Von heute an wird wieder Unguent. ciner. in den Bauch eingerieben, 4,0 gr. p. die.

1. II. Pat. auf Wunsch etwas gebessert entlassen.

	Urinmengen	Körpergewicht	Bemerkungen
15. VIII.	2050 c.cm.		Bauchumfang 103 cm.
16. «	1000 «	60,6 Kg.	

	Urinmengen	Körpergewicht	Bemerkungen
17. VIII.	2100 c.cm.		Puls 84
18. «	1400 «		« 80
19. «	1800 «		« 72
20. «	1400 «		4 Infus. Bauchumfang 99½ cm. P. 74
21. «	2300 «		Digital. « 84
22. «	1600 «		1 : 120. « 64
23. «	1800 «	57,9 Kg.	« 64
24. «	(1100) «		« 72
25. «	900 «		Bauchumfang 96 cm. P. 72
26. «	900 «		« 68
27. «	(800) «		« 68
28. «	1000 «		Unguent. cin. alle 2 Tage 2 gr.
29. «	1100 «		P. 68
30. «	850 «	59,0 Kg.	« 68
31. «	700 «		
1. IX.	700 «		
2. «	1000 «		
3. «	600 «		Unguent. ciner. täglich 2 gr.
4. «	600 «		
5. «	(600) «		Bauchumfang 103 cm.
6. «	1000 «	62,8 Kg.	
7. «	1300 «		
8. «	(1100) «		
9. «	1200 «		
10. «	1600 «		
11. «	1700 «		
12. «	(1600) «		
13. «	1700 «	63,25 Kg.	
14. «	(1800) «		
15. «	2300 «		Bauchumfang 104 cm.
16. «	2200 «		
17. «	2000 «		
18. «	(1900) «		

		Urinmengen	Körpergewicht	Bemerkungen
19.	IX.	(1880) c.cm.		
20.	«	1700 «	60,15 Kg.	
21.	«	1700 «		
22.	«	1800 «		
23.	«	—		
24.	«	1850 «		Mit Unguent. cin. ausgesezt
25.	«	1800 «		
26.	«	1500 «		
27.	«	1400 «	59,9 Kg.	
28.	«	1700 «		
29.	«	2000 «	60,8 «	
30.	«	1400 «		
1.	X.	1500 «	61,0 «	
2.	«	1400 «		
3.	«	700 «	61,2 «	
4.	«	1000 «		
5.	«	1000 «	62,2 «	
6.	«	1000 «		
7.	«	1100 «	62,7 «	Unguent. cin. 2 gr. p. die.
8.	«	1000 «		
9.	«	1400 «	63,3 «	
10.	«	1000 «		
11.	«	(800) «	63,8 «	
12.	«	1100 «		
13.	«	1400 «	64,4 «	
14.	«	1700 «		
15.	«	1700 «	64,45 «	
16.	«	1700 «		
17.	«	2300 «	64,2 «	
18.	«	2600 «		
19.	«	2400 «	62,6 «	Unguent. cin. 2 gr. p. die.
20.	«	2700 «		
21.	«	2600 «	61,1 «	

	Urinmengen	Körpergewicht	Bemerkungen
22. X.	2000 c.cm.		
23. «	1700 «	60,0 Kg.	
24. «	2000 «		
25. «	1900 «	59,5 «	
26. «	2000 «		
27. «	1700 «	58,6 «	
28. «	1700 «		
29. «	1800 «	58,8 «	
30. «	1500 «		
31. «	1100 «	58,9 «	
1. XI.	1900 «		
2. «	1800 «	59,6 «	
3. «	1300 «		
4. «	1600 «	60,4 «	
5. «	1700 «		
6. «	1700 «	60,2 «	
7. «	1500 «		
8. «	2000 «	61,25 «	
9. «	1700 «		
10. «	1700 «	61,3 «	
11. «	1400 «		
12. «	1200 «	61,5 «	
13. «	1400 «		
14. «	1600 «	61,4 «	
15. «	1600 «		
16. «	1300 «	61,7 «	
17. «	1700 «		Bauchumfang 103 cm.
18. «	1700 «	62,0 «	
19. «	1500 «		
20. «	1800 «	61,6 «	
21. «	1600 «		
22. «	1500 «	61,55 «	
23. «	1400 «		

	Urinmengen	Körpergewicht	Bemerkungen
24. XI.	1500 c.cm.	61,4 Kg.	
25. «	1600 «		
26. «	1600 «	60,6 «	
27. «	1000 «		
28. «	1300 «	60,0 «	
29. «	1500 «		
30. «	1580 «	60,1 «	
1. XII.	1400 «		
2. «	1200 «	60,1 «	
3. «	1200 «		
4. «	1400 «	60,3 «	
5. «	1100 «		
6. «	1300 «	60,5 «	Mit Ungent. cin. ausgesezt.
7. «	1200 «		
8. «	1200 «	60,8 «	
9. «	1400 «		
10. «	1600 «	61,3 «	
11. «	1500 «		
12. «	1100 «	60,7 «	
13. «	1000 «		
14. «	1000 «	61,5 «	
15. «	1400 «		
16. «	1200 «	62,0 «	
17. «	1000 «		Kataplasmen auf das Abdomen
18. «	800 «	62,2 «	
19. «	800 «		
20. «	700 «	62,7 «	
21. «	800 «		
22. «	700 «	62,7 «	
23. «	700 «		
24. «	700 «	63,0 «	
25. «	650 «		
26. «	900 «	63,8 «	

	Urinmengen	Körpergewicht	Bemerkungen
27. XII.	600 c.cm.		
28. «	600 «	64,5 Kg.	
29. «	600 «		
30. «	700 «	65,3 «	
31. «	600 «		
1. I. 83.	600 «	66,0 «	Punction 11 Liter. Bauch-
2. «	600 «	54,6 «	umfang 87 cm.
3. «	600 «		Unguent ciner. 4 gr. p. die
4. «	700 «	55,6 «	seit 1. I.
5. «	1000 «		
6. «	850 «	57,15 «	
7. «	1400 «		
8. «	700 «	58,5 «	
9. «	800 «		
10. «	1200 «	59,6 «	
11. «	1600 «		
12. «	1400 «	59,7 «	
13. «	1400 «		
14. «	1300 «	60,67 «	
15. «	900 «		
16. «	900 «	61,2 «	
17. «	1000 «		
18. «	1100 «	61,9 «	
19. «	1200 «		
20. «	1600 «	62,65 «	
21. «	1400 «		
22. «	2000 «	62,15 «	
23. «	2100 «		
24. «	1300 «	62,0 «	
25. «	1900 «		
26. «	1700 «	61,8 «	
27. «	1500 «		
28. «	900 «	61,4 «	

	Urinmengen	Körpergewicht
29. I.	1700 c.cm.	
30. «	1200 «	61,53 Kgr.

Nach Nachrichten vom Mai 83 ist der Zustand der Pat. so ziemlich derselbe geblieben, »nicht schlechter, nicht besser«. Sie lässt sich alle 8 Tage wägen, das Gewicht ist stets annähernd dasselbe. Einmal wurde, angeblich mit guten Erfolg, Digitalis wegen Herzklopfens angewandt.

Vom 31. VII. bis 18. VIII. 1883 wird Pat. auf ihren Wunsch zur Beobachtung wiederum in die Klinik aufgenommen. Gegenüber dem früheren Status hat sich nichts Wesentliches geändert. — Ernährungszustand im Ganzen gut. Geringe Spur von Oedem der Unterextremitäten.

Der Erguss im Abdomen reicht mit seiner oberen Grenze bei Rückenlage bis 2 Querfinger oberhalb des Nabels; in der Umgebung des lezteren circumskripte Röthung. Urin eiweissfrei. — I. Herzton etwas unrein, Pulsfrequenz erhöht, 126 p. Minute.

Leber unter dem Rippenbogen eben noch zu fühlen, anscheinend von normaler Grösse.

Eine Indication zur Punktion des Bauches besteht bei dem relativ guten Allgemeinbefinden der Pat. nicht; es wird ihr dagegen strengere Bettruhe, als sie bisher beobachtete und ein erneuter Versuch mit Einreibung von grauer Salbe anempfohlen.

Urinmengen						Körpergewicht	
1. VIII.	1000 c.cm.	6. VIII.	1400 c.cm.	31. VII.	62,35 Kgr.
2. «	800 «	7. «	1400 «	4. VIII.	62,7 «
3. «	1200 «	8. «	1400 «	7. «	63,0 «
4. «	1300 «	9. «	1300 «	9. «	63,0 «
5. «	1400 «				

Eine Veranlassung, von der früheren Diagnose der einfachen entzündlichen Peritonitis abzugehen, hat die erneute Beobachtung der Kranken nicht gegeben. Die Möglichkeit der Wiederherstellung muss desgleichen festgehalten werden.

Pathologische Anatomie.

Die pathologische Anatomie unserer in Rede stehenden einfachen exsudativen Peritonitis ist bei dem im Ganzen gutartigen Charakter der Krankheit, welche, falls sie sich nicht irgendwie complicirt, nicht wohl zum Tode zu führen scheint, eine wenig ergiebige. E. Galvagni in seiner trefflichen Abhandlung über diesen Gegenstand [1]) kann bei zwei Fällen, welche tödtlich verliefen, einen Obduktionsbefund nicht mittheilen. Der eine, als seröse Peritonitis bezeichnete und anfänglich gebesserte Kranke starb ein ganzes Jahr nach dem Austritt aus der Klinik unter den Erscheinungen schwerer Dyspnoë nach ganz kurzem Krankenlager; mehrere Monate vorher hatten sich hartnäckige Diarrhoëen eingestellt, die bis zum Tode anhielten. — Der zweite Fall, eine 26j. Bäuerin betreffend, verlief unter dem Bilde einer serös-fibrinösen Peritonitis mit periumbilicaler Entzündung und starb unter den Symptomen einer »granulösen Meningitis«.

Ein Fall, der ungefähr dem Befunde bei unseren Fällen von Peritonitis entsprechen mag, obwohl er nicht ganz rein und nicht uncomplicirt ist, mag hier seine Stelle finden.

29) Barbara M. 35 J., verh., von Judenbach, in die hiesige Klinik aufgenommen 7. X. 1872. Die Mutter starb nach 11jähriger Krankheit an Wassersucht; der Vater lebt und ist gesund, desgleichen mehrere Geschwister. Pat. war von Kindheit an schwächlich und kränklich, wurde mit 18 Jahren erstmals menstruirt. Drei Vierteljahre vor Eintritt der Menses will sie in hohem Grade bleichsüchtig und deswegen 6 Wochen lang bettlägerig gewesen sein. Nach Eintritt der Menses verlor sich die Bleichsucht und Pat. blieb bis zum 20. Jahre gesund, wo »Schwäche und Mattigkeit« eintrat, die Menses unregelmässig wurden, um späterhin bis zu 2 Jahren Pause auszubleiben. Im 28. Jahre erkrankte sie an »hizigem Gliederweh«; an Hand-

1) Sulla peritonite ad essudato sieroso e siero-fibrinoso, peritonite sierosa e siero-fibrinosa (ascite essenziale). Rivista clinica di Bologna. 1869. Nr. 6. 7. 12. Auch im Separatabdruck erschienen. 8°. 86 pag.

und Fussgelenken besonders bestanden schmerzhafte Anschwellungen. Die Krankheit dauerte bis zu gänzlicher Wiederherstellung ein ganzes Jahr. Im 30. Jahre verheirathet, wurde Pat. schon im ersten Jahre der Ehe (1868) wiederum krank; es traten Anschwellungen bald am rechten, bald am linken Fuss auf, die von Weihnachten 68 an permanent blieben. Vom Juli 68 ab sistirten die Menses für immer. Auch der Bauch schwoll gleichmässig und allmählich an, die Harnmenge war eine sehr geringe; Pat. lag anhaltend zu Bette. Im Mai 69 wurde zum ersten Male die punctio abdominis gemacht und 18 Mass (bayr.) hellgelben Wassers entleert; die Punktion wurde noch viermal wiederholt, Juli und November 69, Januar und März 70; bei der zweiten und vierten Punktion wurden je 16 Mass entleert. Am 1. Mai 1870 wurde in W. die Laparatomie ausgeführt; Pat. weiss nicht anzugeben, ob ein Eierstock herausgenommen wurde, doch sei davon die Rede gewesen. Am 17. Tage wurde sie entlassen, war darnach leidlich gesund, musste nur zum Zurückhalten zweier, neben der Operationsnarbe allmählich sich bildender »buckeliger« Hervorwölbungen ein Bruchband tragen. Im Juli 72 erkrankte sie, angeblich in Folge einer Erkältung und starker Erschütterung beim Fahren, mit ziemlich heftigen Bauchschmerzen, Auftreibung des Abdomens, Stuhlverstopfung; Erbrechen war nicht vorhanden. Auf den Gebrauch von Kataplasmen, Application von Blutegeln, Einreibung von grauer Salbe nahm die Schwellung des Bauches wieder ab. Fieber soll nur in den ersten 8 Tagen vorhanden gewesen sein. Anfangs August stellte sich wieder eine stärkere Schwellung des Bauches ein, welcher immer schmerzhaft blieb; auch die unteren Extremitäten begannen von unten her immer stärker ödematös zu schwellen. In den lezten 4 Wochen trat eine stetig sich steigernde heftige Dyspnoë hinzu.

Status praesens. Hochgradige Cyanose der Lippen, Ohren, Fingernägel; Extremitäten (bei der Aufnahme) kühl. Sensorium völlig frei. Resp. 36, P. 104, sehr klein, aussezend. Harn intensiv dunkel gefärbt, enthält Eiweiss, keinen Gallenfarbstoff. — Hochgradiges Oedem beider Unterextremitäten. Der Bauch ist besonders in der Regio hypogastrica stark ausgedehnt, dabei schlaff nach ab-

wärts hängend, seine Haut elephantiastisch verdickt. Berührung schmerzhaft, zumal in der Mitte, wo der Linea alba entsprechend eine 12 cm. lange, wulstig aufgeworfene Narbe, von der Laparatomie im Jahre 1870 herrührend, verläuft. Das Abdomen, welches deutliches Fluktuationsgefühl erkennen lässt, gibt in den abhängigen Partheien, in beiden Regiones iliacae, im Hypo- und Mesogastrium vollkommen gedämpften Schall; in der rechten Bauchseite geht er unmittelbar in die Leberdämpfung über. Die obere Dämpfungsgrenze verläuft nicht horizontal um's Abdomen, die Dämpfungsfigur ist vielmehr eine unregelmässige und bleibt die gleiche bei verschiedener Lage der Kranken (abgesacktes flüssiges Exsudat). —

Lungen-Lebergrenze auf V. Rippe. — Herzspizenstoss schwach fühlbar an normaler Stelle; neben I. Ton blasendes Geräusch. Pulmonal-Diastole etwas verstärkt. Ueber der Aorta reine Töne. — Auf den Lungen hört man hinten, den beiden Unterlappen entsprechend, fein- und mittelgrossblasiges feuchtes Rasseln; weder Lungeninfiltration noch Pleuritis nachweisbar. —

Auf Anwendung von Digitalis (im Infus) tritt in den nächsten Tagen wesentliche Erleichterung ein, die Urinmenge nimmt etwas zu (bis 800 c.cm. — früher bloss 100); doch hält die Schmerzhaftigkeit des Abdomens an; abendliches Fieber, bis 38,7° in axilla, ist vorhanden.

Am 15. X. tritt ikterische Färbung der Haut, blutig tingirtes, viscides Sputum auf; wiederholt wird Digitalis versucht, muss aber wegen Erbrechens bald wieder ausgesezt werden. Unter zunehmenden soporösen Erscheinungen erfolgt am Abend des 21. X. der exitus letalis.

Die Sektion ergibt in der Hauptsache:

Leichnam stark abgemagert, untere Extremitäten stark, obere schwächer ödematös. Haut der Unterbauchgegend elephantiastisch verdickt. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich anfangs gelbe, klare, später mit Fibrin gemischte Flüssigkeit, in der Menge von 4—5 Schoppen. Dieses Serum ist enthalten in einem abgesackten Raume, der nach vorn von der Bauchwand, nach oben vom Quergrimmdarm und von Dünndärmen begrenzt wird; das Nez ist an das Colon transversum herangezogen und daselbst mit der Bauch-

wand verwachsen. Der ganze abgesackte Raum ist mit Fibrinmassen ausgekleidet. Die Dünndärme sind unter einander zu einem zusammenhängenden Convolut verwachsen, besonders fest an denjenigen Stellen, welche das abgesackte Exsudat begrenzen. Das Peritonaeum der Bauchwand sowohl als das der Därme entsprechend dem Orte des Exsudates ist verdickt, von schmuzig grau-rother Farbe, die Oberfläche rauh und glanzlos, von festem Fibrin überzogen. Die Leber ist von festen Bindegewebsschwarten überkleidet, ähnlich die Milz, welche um ungefähr 3 cm. den Rippenbogenrand überragt. Die untere Grenze des Exsudatraums wird gebildet von der Blase, welche stark gefüllt und mit ihrem Scheitel 3 cm. vom Nabel entfernt ist; ihre Schleimhaut stark injicirt. Mit der hinteren Fläche der Blase ist der Körper des Uterus und mit diesem der Mastdarm fest verwachsen. Der Uterus selbst ist mässig vergrössert, etwas schlaff; seine Schleimhaut blutig imbibirt. — Tuben und Ovarien sind beiderseits vorhanden, leztere frei von cystösen Entwicklungen, unter einander und mit den Tuben fest verwachsen.

Schleimhaut der Därme ohne besondere Abnormität.

Beide Lungen in ihrer ganzen Ausdehnung mit der Pleura verwachsen, leztere stark verdickt, Lungengewebe blutreich, ödematös. — In beiden Lungen mehrere bis haselnussgrosse Infarkte; in den zuführenden Blutgefässen ältere, total obstruirende Emboli. — Die Bronchien sind stark injicirt, enthalten zähen Schleim. —

Der Herzbeutel ist grösstentheils zu einer mehr als 3 mm. dicken, durch Kalkeinlagerungen sehr fest gewordenen Schichte umgewandelt; mit dem Herzen ist er allseitig durch lockeres Zellgewebe verwachsen. Die verkalkten Parthieen des Herzbeutels umschliessen fast den ganzen rechten Ventrikel und den grösseren Theil des rechten Vorhofs, während der linke Ventrikel nur an seiner hinteren (unteren) Fläche und am äusseren Rande von Kalkplatten umgeben ist. Namentlich die Wand des rechten Vorhofs, weniger die des rechten Ventrikels sind in grosser Ausdehnung und sehr fest mit dem verkalkten Herzbeutel verwachsen. Der rechte Ventrikel ist erweitert und um das Doppelte verdickt, der linke ist normal.

— Die Herzklappen sind durchaus normal; Herzfleisch rechts fest, links schlaff, in fettiger Entartung begriffen.

Die Leber allseitig fest mit der Umgebung, namentlich mit dem Zwerchfell verwachsen, ihre Serosa stellenweis schwartig verdickt, milchweis. Das ganze Organ ist um ein Drittel kleiner, sehr fest, auf der Oberfläche schwach granulirt; exquisite Muskatnussleber. — Die Lebervenen kolossal erweitert.

Milz um das Doppelte vergrössert, ebenfalls fest mit der Umgebung verwachsen, Gewebe dunkelroth, feucht glänzend, Schnittfläche homogen.

Die Nieren sind etwas vergrössert, die Kapsel leicht abziehbar, Oberfläche ziemlich glatt; Rinde von graurother Farbe, etwas geschwollen, Pyramiden dunkelroth.

Im Gehirn nichts Besonderes. —

J. Bauer [1]) führt unter der Bezeichnung «latente allgemeine Bauchfellentzündung» einen zur Obduktion gelangten Fall von einer 33jährigen Frau auf, welche durch zufällige Variolainfektion zu Grunde gieng. «Es fand sich in der Leibeshöhle eine grosse Menge «ziemlich klaren Serums, die Leber zeigte zahlreiche abnorme Ad«häsionen (keine Compression der Pfortader), die Gallenblase an «ihrer unteren Fläche fest mit Darmschlingen verwachsen; dieselbe «gleichmässig hypertrophisch, enthält zwei Gallensteine. Die Leber «besitzt eine Schnürfurche . . . . Sonst nirgends im Körper eine «erhebliche Veränderung.»

Letzterer Fall ist insofern einfacher und minder complicirt, als er nicht, wie der vorher mitgetheilte, zu ausgedehnteren Verklebungen und Verwachsungen der Gedärme geführt hat.

Symptomatologie.

Es wird der Versuch gemacht werden können, eine Symptomatologie unserer exsudativen chronischen Peritonitis aufzustellen, obwohl sie, schon wegen der mannigfachen gradweisen Unterschiede,

1) Ziemssen's Handbuch. 1875. 8. Band. pag. 392.

die sie bietet, ein besonders prägnantes Bild nicht ergeben wird, wenigstens nicht in den leichteren und schleichend verlaufenden Fällen.

Galvagni (l. c.) unterscheidet für den normal verlaufenden typischen Fall eine Periode der Prodrome, eine Periode der Exsudation und eine Periode der Resorption. Die erste abzugrenzen, wird wohl kaum mit einiger Sicherheit möglich sein, um so mehr, als sie bei relativ akutem Anfang überhaupt wegzufallen pflegt; man wird sie zu rechnen haben vom Beginn erster Krankheitserscheinungen bis zum Auftreten des peritonäalen Ergusses, dessen allerersten Anfänge übrigens sich selbstverständlich auch der genauesten Beobachtung entziehen werden. Die mittlere Dauer dieses Stadiums gibt Galvagni nach seinen Beobachtungen auf 75 Tage an; ich bin der Ansicht, dass man auf eine derartige Berechnung füglich verzichten kann; es mag, wie es auch Galvagni thut, genügen, zu behaupten, dass sie von Wochen bis selbst zu Monaten schwanken kann. Oft genug schleicht auch die Krankheit so unmerklich und ohne bestimmte localisirte Beschwerden mit nur geringer Störung des Allgemeinbefindens ein, so dass bestimmte Aufstellungen in dieser Richtung einfach nicht möglich sind [1]). Nur in einem meiner Fälle (Nr. 6) wurde ein distinkter Anfang von einem Tage her datirt; die Zeit des ersten Auftretens des Ascites liess sich aus der Anamnese nicht genau feststellen. Hier lagen, was sonst nicht der Fall zu sein pflegt, auch heftigere Symptome, z. B. Erbrechen, vor, während sonst nur Appetitmangel und Druck- und Schweregefühl im Epigastrium oder in den Hypochondrien neben mässigem Schmerz angegeben zu werden pflegen. In den wenigen Fällen (4, 13), wo Pleuritis der Peritonitis vorangeht, werden die Beschwerden der ersteren zumeist in den Vordergrund treten. Es muss hervorgehoben werden, dass in einzelnen Fällen das Vorhandensein einer Affektion im Bauchraum erst vom Arzte constatirt wird und dass die vorausgehenden, unbestimmten Beschwerden an irgend welche andere Störung eher, als gerade an eine Exsudation

1) »nonnunquam peritonitis chronica tam occulte oritur, ut in aegroto nihil aliud quam abdomen intumefactum et alvi obstructionem observare possis« (Bovermann, dissertat. Berolin. 1838).

in den Peritonäalraum denken lassen. So bleibt auch oft die allmähliche Anschwellung des Bauches dem Kranken selbst unbemerkt, und er kann sie erst bestätigen, wenn er direkt darauf aufmerksam gemacht wird, wie man Aehnliches bei mässigeren Oedemen, bei zuweilen recht leicht palpirbaren Tumoren des Bauches etc. nicht so selten erlebt. Andere Male wird das, was man als Prodromalsymptome des peritonäalen Ergusses anzusehen geneigt sein könnte, nicht letzterem direkt angehören, sondern irgendwelchen Zuständen zuzumessen sein, die Gelegenheitsursache zum Ergüsse abgeben können. Bei dem Kapitel Aetiologie soll hievon des Genaueren die Rede sein.

Deutlicher prägt sich das Stadium der Exsudation aus, um so mehr als der Erguss gewöhnlich ein nicht ganz unbeträchtlicher zu sein pflegt. Während Grisolle [1]) für die chronische Peritonitis ascitischen Erguss «kaum in einem Zehntel der Fälle» zugibt, spricht er bei dem «idiopathischen Ascites» von sehr reichlichen Ergüssen, die nicht wohl weniger als 1 Liter und bis zu 30, 40, 50 Litern betragen; selbst 50 Kg. seröser Flüssigkeit sollen einzelne Punktionen ergeben haben. Galvagni unterscheidet zwischen spärlichen, mässigen und reichlichen Ergüssen; erstere sind oft erst bei genauerer Untersuchung, bei zweckmässiger Lagerung des Kranken, am besten aber in aufrechter Körperhaltung mit Sicherheit festzustellen (Fall 2); erst in dieser erscheint dann die Dämpfung mit zum Erdboden paralleler oberer Grenze, die um so höher steigt, je mehr man den Rumpf vornüberbeugen lässt, um sofort zu verschwinden, wenn man wiederum tiefe Rückenlage einnehmen lässt. Bei massigeren Exsudationen ergibt schon das exquisite Fluktuationsgefühl beim Anschlag den Flüssigkeitserguss unmittelbar; Galvagni hat in 2 Fällen von «enormem» Ascites einen Bauchumfang von 106 cm. bei einer 31jährigen Frau, ein solchen von 63,5 bei einem 6jährigen Knaben notirt. Den letzteren 63,0 habe ich ebenfalls bei einem 6jährigen Mädchen (Nr. 1), bei Erwachsenen noch höhere Werthe gesehen, 114 cm. (Nr. 26), 108 (Nr. 27). Dies werden auch ge-

1) A. Grisolle, traité élémentaire et pratique de pathologie interne. 3. édit. 1848. pag. 520 ff.

wöhnlich die Fälle sein, welche wegen heftiger Athembeschwerden die Punktion erheischen, sonst mögen Bauchcircumferenzen von ca. 70—90 cm. bei gewöhnlichen Exsudaten vorkommen. Meist ist das Exsudat ein freies, im Bauchraum leicht bewegliches; doch kommen auch abgesackte Exsudate zur Beobachtung, wofür Fall 25 und 29 als Beispiele dienen mögen. —

Verhältnissmässig wenig Aufmerksamkeit wird in den Fällen, in denen die Punktion gemacht wird, der Beschaffenheit des Exsudates geschenkt, obwohl mit recht einfachen Hilfsmitteln gewöhnlich ein leidliches Urtheil über den pathologischen Process im Bauchraum sich gewinnen lässt. Viele Autoren, welche hieher gehörige Fälle von peritonäalem Erguss beschreiben, versäumen die einfache Bestimmung des specifischen Gewichts, welches eine gewisse Entscheidung darüber erlaubt, ob man es mit wirklichem Exsudat oder mit Transsudat zu thun hat. A. Reuss [1]), welcher sich mit dieser Frage beschäftigt hat, kommt zum Schlusse, dass bei reinen Exsudaten in der Bauchhöhle das specifische Gewicht in der Regel höher als 1018, bei reinen Transsudaten dagegen niedriger als 1015 ist [2]). Bei den mir zur Verfügung stehenden Fällen betrug das specifische Gewicht 1020, 1022, 1020 (Nr. 23, 25, 28), in einem 4. bei dreimaliger Punktion 1015, 1017, 1018 und in einem weiteren gar nur 1006, ohne dass übrigens die beiden letzten in ihrem Verlaufe von den anderen wesentliche Differenzen darzubieten schienen. Der Eiweissgehalt in Fall 23 und 25 betrug bei specifischem Gewicht 1020 resp. 1022 5,4 und 5,6% (direkte Bestimmung durch Wägung).

---

1) Deutsch. Archiv f. Klin. Medicin. XXVIII, 317 ff.

2) Runeberg (Deutsch. Archiv f. Klin. Medicin XXXIV. Bd. pag. 1 ff.) schliesst sich bezüglich des »Eiweissgehaltes der Ascitesflüssigkeiten« den Renss'schen Resultaten an und möchte nur eine unbedeutende Correction anbringen. — Er schlägt weiter vor, in einem Exsudat durch Trocknen und Wägung den Procentgehalt der festen Bestandtheile zu bestimmen und hievon für entzündliche Transsudate die (empirisch gefundene) Zahl 1,18%, für nicht entzündliche 1,07 abzuziehen; der Rest gibt den Albumingehalt mit höchstens $\pm$ 0,1% Fehler gegenüber der direkten Bestimmung durch Wägung. — Weiteres s. b. C. Schmidt, Charakteristik der epidemischen Cholera gegenüber verwandten Transsudationsanomalieen, Mitau 1850. — Hoffmann, Virchow's Archiv 85 Bd. — Méhu Arch. génér. de Méd. 1872, 1875, 1877 u. a. m.

Bei reinem Exsudat dürfte der Eiweissgehalt durchschnittlich mehr als 4—4,5%, beim reinen Transsudat weniger als $1^1/_2$ (bis 2)% betragen (Reuss, D. Archiv f. Klin. Medicin XXIV, pag. 600).

Die Farbe des Ergusses ist bald eine helle, gelbliche, bald mehr ins Grünliche spielend, auch wohl röthlich durch Beimischung von etwas Blut; bisweilen etwas zähflüssig (oléagineux, Grisolle). Manchmal scheidet sich nachträglich ein Coagulum aus (Nro. 25) und ich verstehe es desshalb nicht, wesshalb Grisolle der Beobachtung La Harpe's nicht trauen will, der spontane Ausscheidung von Fibrin in einigen Fällen von »Ascites« beobachtete, welche die »Mitte hielten zwischen dem einfachen serösen Erguss (sérosité) und der Peritonitis«; der »caillot« wird wohl nichts anderes gewesen sein als unser »Fibrin später Gerinnung«.

Es gibt nicht wenige Fälle, wo mit Sicherheit neben einem oft reichlichen Erguss Tumoren von wechselnder Grösse und Zahl im Abdomen sich durchtasten lassen. Es ist hierbei selbstverständlich nicht die Rede von irgend welchen malignen Tumoren (Sarcomatose oder Carcinomatose des Nezes etc.), sondern von entzündlichen Neubildungen, die mit und wohl zum Theil aus dem Erguss (durch Fibrinniederschläge) sich entwickeln. Ein ausgezeichnetes Beispiel hiefür ist unser Fall 22; doch kommen alle möglichen Grade vor von zweifelhaften diffusen Härten, bis zu selbst umfangreichen Tumoren, die neben Fibrinmassen aus zusammengebackenen Darmschlingen zu bestehen scheinen, bald gedämpften, bald matt tympanitischen Percussionsschall geben. Es hiesse die Darstellung unnöthiger Weise compliciren, wollte man diese Fälle principiell trennen von jenen, bei denen bloss Exsudat vorhanden ist. Ohnedem lässt sich manchmal nicht entscheiden, ob ein allmählich zu Tage tretender Tumor nur desswegen deutlicher wird, weil er, ursprünglich durch flüssiges Exsudat maskirt, bei Abnahme desselben mehr hervortreten kann, oder ob die Tumorenbildung mehr den regressiven Stadien der Krankheit angehört und, der pleuritischen Schwarte vergleichbar, als eine Art Metamorphose des allmählich verschwindenden Exsudates zu betrachten ist. Mancher Kranke aber zeigt schon bei der Aufnahme neben dem Erguss die fraglichen

Tumoren, so dass die Untersuchung, ob primär oder mehr secundär, eine noch schwierigere wird, indem man über das frühere Verhalten des Exsudates höchstens aus unzuverlässigen anamnestischen Daten ungefähre Schlüsse ziehen kann. Für die Auffassung des Falles an sich erscheint dieser Punkt von relativ untergeordneter Bedeutung; wo solche Tumoren beobachtet werden, ist der Verlauf kein merkbar abweichender; sie können verschwinden, zuweilen sogar relativ rasch, gerade wie ein Exsudat, aber ebenso persistiren für lange Zeit, was ja auch bei blossen Ergüssen vorkommen kann.

Mit dem Erguss direkt hängen verschiedene Beschwerden von Seiten der Abdominalorgane zusammen, zunächst Verstopfung, die häufig beobachtet wird, doch auch gänzlich fehlen, selbst Diarrhoë vorübergehend Plaz machen kann, ferner mehr oder weniger verbreitete spontane Schmerzen und Druckempfindlichkeit des Abdomens; aber auch leztere werden zuweilen vermisst. Eine Kranke Casaubon's z. B. hatte lediglich über nichts zu klagen, als über »cet horrible ventre, qu'elle est obligée de traîner partout avec elle« (Gazette des hôpit. 1881 p. 668). Selbst Appetitlosigkeit ist nicht constant und fehlt besonders in jenen einfachen und leichteren Fällen, bei denen kaum ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl zu bestehen scheint.

Vergrösserung der Milz, wie sie Galvagni in zwei Fällen von stärkerem Erguss beobachtet hat und auf Stauung im Pfortadergebiet zurückführt, konnte ich in ausgesprochener Weise nicht constatiren. Bei einem Kranken (Nr. 13), der ¼ Jahr zuvor ein Typhoid mit Milzschwellung gehabt hatte, erschien das Organ mässig vergrössert.

Die Leber zeigt, soweit meine Beobachtungen reichen, keine constanten Veränderungen; bald erscheint sie normal gross, bald etwas vergrössert; oft genug übrigens, bei starkem Erguss, ist ihre Untersuchung sehr erschwert.

Dyspnoische Beschwerden gehen ungefähr Hand in Hand mit des Grösse des Ergusses, können bei kleinem Exsudat fehlen, bei grösserem durch die geringste Anstrengung schon recht bedrohliche Höhe erreichen, so dass direkte Abhilfe geschafft werden muss. Zuweilen aber besteht ein entschiedenes Missverhältniss zwischen Erguss und Dyspnoë, namentlich so, dass auch grosser Erguss, bei

andauernd ruhigem Verhalten der Kranken, ohne allzu bedeutende Athembeschwerden ertragen wird.

Fieber wird häufig beobachtet, ungefähr in der Hälfte der Fälle. In 16 von den oben beschriebenen 29 Fällen ist es notirt. Die einfachen Fälle kommen fieberlos in's Spital und bleiben es; dabei ist es immer noch möglich, dass etwa im Beginn der Krankheit leichtere Fieberbewegungen vorhanden gewesen sind. Hohe Grade erreicht das Fieber, soweit es von der peritonealen Affektion abhängig erscheint, nie; 40° ist nie beobachtet. Fast ausnahmslos hat es den hektischen Charakter, Abendtemperaturen in recto von 39,4°, wie sie in Fall 25 und 26 gemessen wurden, sind Ausnahmen; zumeist bewegt sich die Fiebertemperatur zwischen 38° und 39°. Ich habe es für genügend erachtet, bloss die mittleren Abendtemperaturen aus 7tägigen Perioden in der übergrossen Mehrzahl der Fälle mitzutheilen. Bei Fall 26 sind die Abendtemperaturen aus einer 10wöchentlichen Beobachtungszeit aufgezeichnet; bei dem allerdings nur 2 Tage beobachteten Fall 18 sind häufigere Temperaturbestimmungen gemacht worden. Ein Beispiel von vorübergehenden Steigerungen der Morgentemperatur (bis 39,0) bietet Fall 3, von geringeren Morgensteigerungen Nr. 12. Auch Galvagni (l. c. pag. 358, Sep.-Abdr. p. 68) theilt eine auf 4 Wochen sich erstreckende Temperaturtabelle, Morgen- und Abendtemperatur, mit, wobei erstere stets unter 38°, leztere in der zweiten Hälfte ebenfalls normal, sonst aber nie höher, als 38,6°, gefunden wurde. —

Die genauere Beobachtung der Temperatur kann einen gewissen Aufschluss geben über die Intensität des Krankheitsprocesses; man könnte nach derselben eigentlich chronische und mehr subacute Fälle, die allerdings nicht ganz scharf zu trennen sind und in einander übergehen können, unterscheiden. Bei bestehendem Fieber wird ein Aufhören desselben nicht selten eine Wendung zum Besseren anzeigen, umgekehrt Steigerung desselben oder Auftreten desselben bei vorheriger Fieberlosigkeit eine Verschlimmerung. Doch liegt die Sache nicht so, dass nicht schon bei noch vorhandenem Fieber eine deutliche und andauernde Besserung sich zeigen könnte.

Ganz besondere Beachtung verdient die Controle der Urin-

secretion; sie gibt den einfachsten, unmittelbar greifbaren Anhaltspunkt für die Beurtheilung des Exsudates, ob es in einem relativ stationären Zustande, im Zu- oder Abnehmen begriffen ist. Viel schärfer, als selbst eine häufig geübte Percussion des Abdomens es vermag, kann man in einem genau beobachteten Fall an der Quantität der Urinsecretion den augenblicklichen Zustand abmessen; auf der Höhe der Exsudation ist sie in ein gewisses Gleichgewicht mit dem Erguss gesezt, selbstverständlich unter der Norm, aber häufig von auffallender Constanz in der Quantität. Am Ende der Krankengeschichten sind die 24stündigen Harnmengen theils in Mitteln aus 7tägigen Perioden, theils (Nr. 26, 27 und 28) ausführlich Tag für Tag mitgetheilt. Bei kleinen Kindern stösst die Aufsammlung des Gesammt-Urins auf gewisse Schwierigkeiten, so dass hier specielle Angaben über die Urinmengen fehlen; auch in einzelnen Journalen aus früherer Zeit sind sie nicht notirt. Es braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden, dass das Sekret an sich irgend welche Anomalieen nicht aufweist; Eiweiss wurde bloss in dem einen, mit notorischer Herzschwäche complicirten Fall 29 (der zur Sektion gelangte) beobachtet. Beim reinen, uncomplicirten Fall ist Abwesenheit von Eiweiss selbst bei grossem gewiss zur Stauung disponirendem Erguss die ausnahmslose Regel (vgl. den Fall 26 mit sehr grossem Erguss, wo der Urin häufig controlirt wurde). Man wird als ungefähre Norm hinstellen können, dass, gewöhnliche Flüssigkeitszufuhr vorausgesezt, beim Erwachsenen eine 24stündige Urinmenge, die wesentlich unter 1000 c.cm. beträgt, Anstieg oder mindestens stationären Zustand des Exsudates anzeigt, während andererseits dauernde Vermehrung auf 2000 und mehr nothwendig Verminderung des Exsudates zur Folge haben muss. Zwischen beiden Extremen liegt eine, individuell selbstverständlich schwankende, Sekretionsgrösse, die mit dem stationären Zustande des Exsudates sich decken muss und mit unmerklichen Uebergängen nach der einen oder anderen Seite hin jederzeit einen Ausschlag geben kann. Für das kindliche Alter sind entsprechend geringere Werthe anzusezen. In zweckmässiger Weise werden, bei der genaueren Beobachtung solcher Fälle, regelmässige, etwa 8tägige, Bestimmungen des Kör-

pergewichtes verwerthet und vortheilhaft mit Messungen der Peripherie des Bauches combinirt, wie dies in Fall 26, 27, 28 geschehen ist. Auf der Höhe der Exsudation werden die grössten Werthe beobachtet werden, bis dann ein gleichmässiges Absinken derselben den unzweifelhaften Beweis liefert, dass die Krankheit in ein anderes milderes Stadium getreten ist.

Für das Stadium der Exsudation berechnet Galvagni nach seinen Erfahrungen durchschnittlich 55 Tage; auch hier möchte ich mich specieller Zahlenangaben enthalten und die beträchtlichen Schwankungen in der Zeitdauer, die keine allgemeine Formulirung gestatten, betonen. — Bald in relativ prägnanter Weise, bald in allmählichem Uebergange schliesst sich an das Stadium der Exsudation das der Resorption an. Ein gewisses gleichmässiges Nachlassen der im Exsudationsstadium hervortretenden Symptome bezeichnet seinen Beginn. Das Aussehen wird frischer, der Appetit besser, etwaige Schmerzen lassen nach, die Temperatur sinkt auf die Norm, ebenso Puls und Respiration [1]). Neben der immer deutlicher werdenden, percutorisch nachweisbaren Abnahme des Exsudates tritt in den typisch verlaufenden Fällen eine zuweilen sehr reichliche Vermehrung der Harnsecretion ein, bis 3000 c.cm. und mehr. Im Fall 3, wo Durchschnittswerthe am Schlusse der Krankengeschichte angegeben sind, waren die 5 höchsten beobachteten 24stündigen Urinmengen 3300, 3400, 3500, 3600, 3700 c.cm.; bis nach der definitiven Resorption wiederum relativ normale Werthe auftraten. — In Fall 27 sind die relativ hohen Urinmengen in der späteren Beobachtungszeit ausnahmsweise nicht auf ein eigentliches Stadium der Resorption zu beziehen, da der Ascites trozdem zunahm und sogar punktirt werden musste. Hier war wohl abnorm reichliche Flüssigkeitszufuhr mit im Spiele.

Zuweilen — es sind dies die leichteren, vollständig reinen Fälle, zumal bei jugendlichen Individuen — tendirt das Exsudat schon in den allerersten Tagen des Spitalaufenthaltes wohl in Folge

1) In einem Fall mit anämischem Blasen am Halse und systolischem Herzgeräusch sah Galvagni (l. c.) diese Erscheinungen mit dem Ascites wachsen und bei dessen Resorption abnehmen.

der besseren Pflege und des ruhigen Verhaltens, so entschieden zur Abnahme, dass die Demonstration desselben in kurzer Zeit nicht mehr möglich ist. Andere Male zögert die Resorption oder bleibt stationär, nachdem sie schon eingeleitet scheint, um dann plötzlich bis zum endgiltigen Verschwinden der Exsudation einen ungestörten Fortgang zu nehmen; Fall 8 gibt hiefür ein leidliches Beispiel. In selteneren Fällen geht heftige Diarrhoë neben der Resorption her, resp. befördert diese. In Fall 25 lag der entfernte Verdacht eines Durchbruchs des Exsudates in den Darm vor (s. pag. 59); die genauere Analyse der Faeces liess diese Annahme zurückweisen und den Wasserverlust durch die reichen Stühle als das Wesentliche erkennen.

Die Abnahme des Bauchumfanges gibt ebenfalls einen gewissen Massstab für Resorption des Exsudates und pflegt derselbe bei den glatt verlaufenden Fällen stetig bis zu einem gewissen Minimum herabzugehen. Je mehr sich das Abdomen nach Massgabe des abnehmenden Exsudates verkleinert und wiederum fest zusammenzieht, um so gesicherter erscheint die Ausheilung. Es kann nun aber vorkommen (vgl. Nr. 3), dass nachdem ein gewisses Minimum des Bauchumfanges erreicht wird, dieser wieder etwas zunimmt, nicht in Folge von Wiederansammlung des Exsudates, sondern wegen Zunahme der Körperfülle überhaupt und des Fettpolsters in den Bauchdecken.

Ziemlich parallel mit Abnahme des Bauchumfanges geht die des Körpergewichtes, entsprechend der Flüssigkeitsabfuhr. Es verhält sich nun meist so, dass zunächst das Gewicht etwas fällt (Fall 3, 6, 12), dann aber entsprechend der jezt eintretenden besseren Ernährung wiederum steigt, so dass der exsudatfreie Kranke schliesslich zuweilen ein wesentlich höheres Körpergewicht aufweist, als seiner Zeit mit dem massigen Erguss (cf. Fall 3, auch 10 und 11). Es bedarf wohl kaum des ausdrücklichen Hinweises darauf, dass die Bedeutung einer Körpergewichtsabnahme oder -zunahme eine wesentlich verschiedene sein kann im Stadium der Exsudation und der Resorption. Man muss im Allgemeinen sagen, dass während des Stadiums der Exsudation eine Abnahme, in dem der Resorption eine Zunahme das Günstigste ist, natürlich nur dann, wenn im ersteren Falle die Abnahme bloss auf das Exsudat, nicht

auch auf die Körpersubstanz zu beziehen und umgekehrt im zweiten Falle das Mehrgewicht nur auf Rechnung neu angesezten Körpermateriales zu sezen ist. Ausgeschlossen ist es nicht, dass auch schon im Stadium eigentlicher Exsudation eine reelle, nicht bloss durch Exsudat bedingte Körpergewichtszunahme stattfindet und andererseits kommt es ziemlich häufig vor, dass auch im Stadium der Resorption die Körpersubstanz in weit höherem Masse zunimmt, als der Gewichtsverlust durch Exsudatabnahme beträgt (Fall 10, 15), dass somit der meist vorhandene anfängliche Gewichtsverlust durchaus latent bleibt; man kann daher unter Umständen vom ersten bis lezten Beobachtungstage eine stetige Zunahme des Körpergewichtes feststellen, die ihre richtige Deutung dann erfahren wird, wenn man neben ihr das Verhalten des Exsudates und das der Gesammternährung berücksichtigt und in Anschlag bringt. Eben diese lezteren Fälle sind, schon rein theoretisch genommen, die besonders günstigen und normal verlaufenden. — Jederzeit kann, mitten im scheinbar günstigen Ablaufe eine Recrudescenz eintreten, das Exsudat wieder sich vermehren, oder wenn es schon einige Zeit verschwunden scheint, von Neuem sich zeigen. Nr. 11 ist ein gutes Exempel einer anfänglich bedeutenden Besserung mit Abnahme des Exsudates und relativ beträchtlicher Gewichtszunahme, worauf eine Periode der Wiederansammlung des Exsudates mit Gewichtsabnahme folgte. Bei der nun wiederum erfolgten zweiten Resorption des Exsudates trat keine wesentliche Gewichtsvermehrung mehr ein, gestalteten sich also die Verhältnisse nicht mehr ganz so günstig, wie im ersten Resorptionsstadium. — Selbst mehrmalige Wiederholung der Recidive kann auftreten, bald bedingt durch vorzeitige Anstrengungen etc., bald aber auch bei scheinbar zweckmässigem Verhalten ohne nachweisbare Ursache. —

Die Dauer des Resorptionsstadiums berechnet Galvagni im Durchschnitt auf 32 Tage; es wäre also wesentlich kürzer, als die beiden ersten Stadien. Für die Fälle, welche überhaupt schon relativ früh Tendenz zur Resorption zeigen, ist dies gewiss richtig; ob es auch für die oft sehr chronisch verlaufenden, so zu sagen torpiden Fälle gilt, möchte ich dahin gestellt sein lassen; immerhin muss man

zugeben, dass die Resorption, einmal eingeleitet, auch bei schon längerer Dauer der Krankheit, nicht selten einen stetigen Fortgang nimmt.

Das Stadium der Resorption und beginnenden Ausheilung zeichnet sich oft dadurch aus, dass gewisse geringfügige anderweitige Symptome, die mit dem Erguss als solchem nicht in directen Zusammenhang zu bringen sind, im Exsudationsstadium aber vorhanden waren, z. B. vereinzelte Rasselgeräusche der Lunge, verschwinden, (vergl. z. B. Fall 1, 3, 5, 6 etc.). Irgend welche wesentliche Bedeutung — es wird übrigens weiter unten noch davon die Rede sein müssen — wird diesen vorübergehenden katarrhalischen Erscheinungen nicht zuzumessen sein; ich führe sie daher auch nicht unter den Complicationen der Krankheit auf, deren noch in Kürze gedacht werden muss. Sie sind nicht allzu selten; zumeist handelt es sich um einen pleuritischen Erguss, viel seltener um Hydrocele (»Vaginalitis«), welch' leztere Galvagni unter 4 männlichen Kranken 2mal, bei einem 6jährigen und einem 13jährigen Knaben, bei ersterem doppelseitig, beobachtete; ich selbst habe sie bei 9 männlichen Kranken nie gesehen. Pleuritis constatirte Galvagni bei 5 unter 12 Kranken; sie war 2mal links-, 2mal rechts-, 1mal doppelseitig. Unter 29 Kranken finde ich 6mal (Nr. 3, 4, 8, 11, 13, 26) Pleuritis notirt, wobei auch sehr kleine, fast zweifelhafte Ergüsse, wie bei Nr. 11 berücksichtigt sind; hiezu kommt noch Fall 24, der nach der Entlassung bei noch bestehendem Exsudat eine Pleuritis acquirirte; von diesen 7 Fällen waren 4 rechts-, 3 linksseitig; einer der Fälle (Nr. 13) hatte schon früher, ehe das Exsudat auftrat, eine linksseitige Pleuritis durchgemacht und erst in einem späten Stadium, nach Resorption des Exsudates und secundärer Tumorenbildung im Bauche, trat ein rechtsseitiger Pleuraerguss auf. Vorübergehendes pleuritisches Reiben wurde bei Fall 25 beobachtet (p. 59).

Nicht gerade als Complication, aber doch als ein, freilich relativ seltenes, Accidens bei exsudativer Peritonitis ist die Entzündung in der Nabelgegend, die inflammation périombilicale der Franzosen, zu betrachten. Vallin und Galvagni haben sie 1867 fast zur selben Zeit beschrieben; die Auffassung beider Beobachter, auch in gewissem Sinne die Beschreibung der Affection, gehen aus-

einander. Vallin beschreibt die Entzündung als erysypelatöse Röthung mit Oedem am Nabel von indolentem Charakter und verlegt sie auf die Höhe des Ascites, Galvagni sah sie dolent, als heiss anzufühlende Entzündung und auch dann noch auftreten, wenn das Exsudat fast verschwunden war. Die Dauer wird (vielleicht etwas hoch) auf 1—2 Monate angegeben. Der Ausgang der Entzündung ist der in Zertheilung, doch kann sie auch mit Perforation des Nabels enden. Vallin bringt die Entzündung in Zusammenhang mit der Tuberculose des Bauchfelles, sah aber von 3 Fällen, in denen er sie beobachtete, 1 genesen [1]). Der Fall Galvagni's, sero-fibrinöse Peritonitis bei einer 26jährigen Bäuerin, starb schliesslich an »granulöser Meningitis«. Auch in einem Fall von Robert [2]) als tuberculöse Peritonitis beschrieben, trat der Tod ein; es fanden sich u. a. Abscesse, die in das Colon perforirt waren. Galvagni hält die periumbilicale Entzündung für ein ungünstiges Zeichen, da secundäre Tuberculose an dieselbe sich anzuschliessen pflege. — Ausgesprochen sah ich die besprochene Entzündung in dem günstig verlaufenden Falle 3 im Stadium der Exsudation, leise Andeutungen davon, eigentlich mehr am Nabel selbst, bei Fall 15 in relativ späterem Stadium.

Die Ausgänge der Krankheit verdienen eine gesonderte Besprechung. Wenn auch die Restitutio in integrum in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle einzutreten pflegt, speciell ein letaler Ausgang selten ist — Thatsachen, welche im Kapitel Prognose des Genaueren besprochen werden müssen —, so kommen doch eine Anzahl von Folgezuständen, auch Nachkrankheiten, vor, deren Kenntniss zu richtiger Beurtheilung einschlägiger Fälle von Bedeutung ist. Zunächst ist es gar nicht so selten, dass zwar das Exsudat verschwindet, an dessen Statt aber, wie früher schon angedeutet, Tumorenbildungen der mannigfaltigsten Art auftreten, die meist auf reichlichen Fibrinausscheidungen (bei mehr fibrinöser Exsudation) beruhen und knollige, harte, unregelmässige, meist auch undeutlich abgrenzbare Geschwülste der verschiedensten Grösse dar-

1) Archives génér. de Médec. 1876 p. 558. — Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1876, II. pag. 159.

2) Virchow-Hirsch 1876, II. 160.

stellen; mit Vorliebe sollen sie in der Mittelregion des Bauches um den Nabel herum sich localisiren, doch kommen sie sicherlich auch an andern Stellen des Abdomens vor. In vorliegender Arbeit sind bloss solche Fälle berücksichtigt, wo neben den Tumoren noch freier Erguss beobachtet wurde und ein Zusammenhang beider, resp. eine gemeinschaftliche Ursache derselben, direkt zu erweisen war. Fall 22 ist ein besonders instruktives Beispiel hiefür. Da wo ein Fall einzig und allein Tumoren darbot, ohne dass ein gleichzeitiger oder vorausgegangener Erguss constatirt war, wo also unter Umständen eine von vornherein als solche auftretende umschriebene chronische Peritonitis vorliegen mochte, ist er nicht in unsere Betrachtung der »exsudativen« Peritonitis hereingezogen worden. Derartige Befunde sind bekanntlich, auch beim männlichen Geschlechte, nicht allzu selten und verdienen schon wegen ihrer möglichen Verwechslung mit malignen Neubildungen eine sorgsame Berücksichtigung. Ab und zu (und zwar nicht bloss bei Perityphlitis u. Aehnl.) gehen sie in Suppuration über, perforiren nach innen in den Darm oder nach aussen durch die Bauchdecken oder auch nach beiden Richtungen zugleich, wie ich in den lezten Jahren 3 günstig verlaufende Fälle bei Männern beobachtet habe. Die nach peritonäalem Exsudat zurückbleibenden Tumoren stellen zuweilen nichts anderes dar, als durch die früher bestandene Entzündung verlöthete Darmschlingen, die selbstverständlich tympanitischen Schall ergeben können, in der Hauptsache aber eine mehr mechanische Rolle spielen. Ob zwischen den Darmschlingen etwa festgelöthete Exsudatreste auch der »Tuberculisation« verfallen können, wie es Galvagni von den Fibrintumoren beschreibt und als nicht gar seltenen und ungünstigen Ausgang derselben schildert, wage ich nach meinen Erfahrungen nicht zu entscheiden. Auch habe ich, höchstens ausgenommen einen übrigens auch sonst sehr complicirten Fall, den ich an anderer Stelle (im Kapitel Therapie) erwähnen werde, nicht beobachtet, dass auf das peritonäale Exsudat jene klinisch oft abgrenzbare »Peritonitis retrahens« gefolgt wäre, welche in ausgesprochenen Fällen unter quälenden abdominellen Symptomen (Schmerzen, unstillbaren Erbrechen) zu

umfangreichen Verwachsungen, Knickungen und namentlich Zusammenschiebungen des gesammten Darmtraktus führt und letalen Ausgang durch Inanition bewirkt; Tuberculose scheint dabei nicht im Spiel zu sein; es handelt sich in der Hauptsache um Schrumpfung fibröser Massen. —

Diesen schweren Erscheinungen gegenüber sind die oft nach Jahren noch constatirbaren Veränderungen, einzelne Verwachsungen, »Adhärenzen« (Galvagni), mehr oder minder deutliche Resistenzen und Tumoren ziemlich irrelevant; möglich, dass leztere unter Umständen solche Processe, wie die der schrumpfenden Peritonitis, einzuleiten vermögen (— es kann hier die Parallele mit Pleuritis gezogen werden —); oft genug können sie aber lange Zeit bestehen, ohne für den Träger irgend welche Bedeutung zu gewinnen. Nicht viel mehr wird dies der Fall sein bei der durch meteoristische Auftreibung der Gedärme bedingten allgemeinen Härte und Spannung des Abdomens, die nach Galvagni das aufrechte Gehen soll erschweren können. Lezterer Autor gibt auch Vergrösserung der Mesenterialdrüsen, Epiploitis und Mesenteritis als Nachkrankheit an; bei gewissen Tumoren wird man an solche Zustände, an secundäre Aufrollungen des Nezes denken können; man findet dieselben nicht so selten in der Oberbauchgegend, wo sie lange Zeit persistiren zu können scheinen.

Endlich mag angeführt werden, dass Kersch (Memorabilien 1876, pag. 251), welcher im Uebrigen die Prognose bei Kindern viel günstiger stellt, als bei Erwachsenen, gefunden haben will, dass Mädchen, welche im 5.—8. Jahre peritonitisch krank waren, später steril bleiben.

Aetiologie.

Die Frage nach der Aetiologie der Krankheit gestaltet sich zu einer besonders schwierigen und verwickelten. Für eine Anzahl von Fällen muss man ohne Weiteres zugeben, dass eine annehmbare Aetiologie, wenn man nicht den Thatsachen geradezu einen Zwang anthun will, sich nicht eruiren lässt. Mindestens die Hälfte meiner oben beschriebenen Fälle möchte ich in diese Kategorie

verweisen; bei einem (Nr. 2) wird Erkältung angegeben, ein Moment, das auch Galvagni betont, der in 1/4 seiner Fälle Durchnässungen (durch Regen, Waten im Wasser) der Krankheit vorausgehen sah. Bei andern Fällen habe ich die Möglichkeit einer bestimmten Aetiologie zugegeben und speciell namhaft gemacht, ohne damit dieselbe für den einzelnen Fall immer als ausreichend anerkennen zu wollen. Akute Krankheiten (Typhus, Masern) scheinen in Fall 5 und 18, vielleicht auch 4, vorausgegangen zu sein, Trauma bei Nr. 17; Gravidität bildet in Fall 20 möglicherweise eine Gelegenheitsursache; deutlichere Erkrankung der Bauchorgane (Diarrhoëen, Magengeschwür) sind bei 19 und 22 vorauszusezen. Nothnagel im Referat [1]) über Steinbrück's Dissertation — »über idiopathische chronische Peritonitis«, Tübingen 1876, praeside Liebermeister — möchte »fast alle« der von demselben mitgetheilten 6 Fälle (es sind die oben beschriebenen Fälle 1, 22, 23, 24, 25, 29) von vorausgegangenen Affektionen der Bauchorgane abhängig machen und demgemäss die Fälle als secundäre Peritonitis auffassen. Die Entscheidung wird übrigens im einzelnen Falle nicht immer leicht sein, wie weit anamnestisch eruirte Funktionsstörungen der Abdominalorgane als Ursache der Peritonitis anzusehen sind oder schon erste Symptome der, objectiv vielleicht noch nicht deutlich nachweisbaren, Peritonitis darstellen mögen. Aehnliches muss auch wohl von den Menstruationsanomalien gesagt werden, denen wir ziemlich häufig neben dem peritonäalen Erguss begegnen. In einzelnen Fällen z. B. 20, 25, 28, 29 sind deutliche Anomalien in dieser Richtung lange Zeit vor Auftreten des Ergusses zu beobachten gewesen. Es lässt sich nun nicht leugnen, dass unter den Erwachsenen die weiblichen Erkrankten vorwiegen. Galvagni hat unter 8 Erwachsenen 5 weibliche Individuen (unter 12 Kranken überhaupt 8 männliche, 4 weibliche); unter 15 Erwachsenen meiner Statistik sind 10 Weiber, unter 29 Kranken 19 Weiber, 10 Männer; unter 14 Fällen, die ich als relativ reine und typische speciell noch ausscheiden möchte, befinden sich 8 weibliche Kranke (1, 5, 7, 8, 14, 18, 25, 27), darunter 6

1) Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1876. II. pag. 225.

Kinder, und 6 männliche (3, 6, 10, 12, 15, 23), wovon 3 dem kindlichen Alter angehören. Unter 14 nicht erwachsenen Kranken überhaupt sind 8 weiblichen, 6 männlichen Geschlechtes. Es lässt sich also, falls aus so kleinen Zahlen ein Schluss überhaupt gezogen werden kann, ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes auch im Kindesalter schon nachweisen zu einer Zeit, wo wir disponirende Erkrankungen der Genitalsphäre noch nicht annehmen dürfen, und gerade bei den als typische anzusehenden Fällen bei Kindern ist das weibliche Geschlecht mit der doppelten Ziffer vertreten, ein Verhältniss, das mit auffallender Uebereinstimmung sowohl die Galvagni'sche (8 : 4), als meine eigene Statistik (19 : 10) ergibt. Andererseits ist es doch wieder auffallend, dass das weibliche Geschlecht mit seiner schon durch das Puerperium bedingten Neigung zu intra- und extraperitonäalen Erkrankungen nicht noch häufiger an jenen peritonitischen Ergüssen erkrankt, als dies thatsächlich der Fall ist; die Störungen in der Genitalsphäre — ich sehe hier natürlich von entwickelteren, aus specifischer Ursache entstandenen Formen des Puerperalprocesses ab — bedingen doch ungleich häufiger locale Entzündungen und abgekapselte Exsudate meist in der Gegend des Uterus, als jene oft sehr massigen Ergüsse, welche gar nicht mit entsprechenden Entzündungserscheinungen einhergehen. Aber auch vom männlichen Geschlechte lässt sich sagen, dass bei ihm gewisse Prädilektionsstellen peritonitischer Erkrankung existiren; die sehr viel grössere Häufigkeit der Perityphlitis, die »weder aus anatomischen noch anderen Verhältnissen mit einigem Grade von Wahrscheinlichkeit erklärt ist« (Bamberger), steht ausser Zweifel. Wenn nun diesen, von Haus aus mehr localen Entzündungen gegenüber unser peritonäaler Erguss einer über die grosse Fläche des Peritonäums in diffuser Weise stetig wirkenden Ursache seine meist allmähliche Entstehung zu verdanken scheint, so darf, wenn nicht jene constatirten Prädilektionsstellen einen nachweisbaren Ausgangspunkt der Krankheit darstellen, nicht in einseitiger Weise für das eine Geschlecht eine Aetiologie in Anspruch genommen werden, die mindestens nicht für alle Lebensalter passt. Ich will damit selbstredend nicht principiell leugnen, dass nicht irgend welche voraus-

gegangenen oder noch bestehenden Anomalien des weiblichen Genitalapparates eine wohl begreifliche Disposition für entzündliche peritonäale Erkrankungen überhaupt, und so auch für Entstehung des peritonäalen Ergusses bewirken können.

Ganz besonders einfach ist die Frage der Aetiologie für Diejenigen, welche (abgesehen von Neubildungen im Peritonäum und secundärem Erguss) unsere in Rede stehende exsudative Peritonitis stets als eine tuberculöse ansehen. Von Vertretern dieser Ansicht ist aus früherer Zeit Louis zu nennen (Recherches anat. pathol. 1826). Grisolle z. B. (l. c. I. pag. 520 ff.), welcher sogar, freilich als »excessiv selten«, eine »einfache oder primitive akute Peritonitis« zugibt (pag. 502), lässt die »chronische Peritonitis«, die er als ziemlich häufig bezeichnet, nur sehr selten aus akuter hervorgehen, sondern fast immer von vornherein chronisch sein; selten ist sie einfach, sondern ganz gewöhnlich complicirt mit Tuberkeln oder Krebstumoren im Bauche. Bezüglich der Prognose kommt er zu dem naturgemässen Resultat: »il n'est pas encore prouvé qu'on ait jamais vu guérir une péritonite chronique un peu étendue. Il est inutile que cette guérison ne peut être observée que dans les cas, excessivement rares, où la maladie est primitive et degagée de toute complication tuberculeuse ou cancéreuse«. Dagegen nimmt Grisolle einen »idiopathischen Ascites« als sichergestellt an, der fast immer in »sthenischer Form«, mit Vorliebe bei jungen, kräftigen Individuen nach Unterdrückung einer Blutung, durch Kälteeinwirkung oder sehr kühles Getränk bei schwizendem Körper entstehen soll. Der Ascites kann in Heilung ausgehen, wird aber an anderer Stelle als eine stets schwere Erkrankung bezeichnet, wobei freilich nicht der Erguss als solcher, sondern fast allein die Affection in Betracht kommt, der er seine Entstehung verdankt. Grisolle berichtet über einen Fall aus Chomel's Beobachtung, wo ein junges Mädchen einen ohne besondere Veranlassung entstandenen Ascites rasch verlor, so dass man an einen »essentiellen Ascites« denken konnte. Nach einigen Wochen trat sie wieder in das Hôtel Dieu ein mit granulöser Meningitis, an der sie starb. Im Peritonäum fand man eine grosse Zahl miliarer Granulationen, einige

Pseudomembranen und einen Rest von Erguss. Die Seltenheit des »idiopathischen Ascites« betont Grisolle bei Gelegenheit dieses Falles auf's Neue; ohnedies sieht er die Lebercirrhose als die häufigste Ursache des primitiven Ascites an.

Christensen (Schmidt's Jahrbücher 1852. 74. Bd. pag. 42) berichtet über 9 Fälle von chronischer Peritonitis mit Ascites; 7 waren von Carcinom und Tuberculose abhängig, bei 2 liess sich kein pathologischer Zustand auffinden, welcher die Peritonitis veranlasst haben könnte; bei einem von diesen trat bedeutende Besserung ein. Chr. hält die Prognose im Ganzen für ungünstig, weil Krebs und Tuberculose ausschliesslich Anlass zur chronischen Peritonitis geben sollen.

Auch Seitz (Niemeyer-Seitz, Pathologie. 10. Auflage 1879. I. pag. 692) bespricht die »chronische Peritonitis unter dem Bilde des Ascites«; »ob es endlich (ausser tuberculöser und krebsiger Peritonitis, oder A. bei Pfortaderstenose) einen idiopathischen Ascites gebe, etwa als identisch zu betrachten mit dem essentiellen Ascites der älteren Autoren, welche, aus Erkältungen hervorgehend, in der Regel nach mehrmonatlicher Dauer in Genesung endigen soll, ist troz neuerer diese Ansicht vertretender Mittheilungen (Galvagni) noch unerwiesen«. — Niemeyer (Lehrbuch, 7. Auflage 1868. I. pag. 699) gab für seltene Fälle und dann fast nie für Individuen, welche zuvor ganz gesund gewesen waren, eine »Peritonitis in Folge von Erkältungen oder von unbekannten atmosphärischen Einflüssen« zu, eine Form, die man als rheumatische zu bezeichnen pflege; man soll aber letztere bei bis dahin gesunden Menschen nur dann annehmen, wenn die Einwirkung schwerer Schädlichkeiten gewissenhaft ausgeschlossen ist. — Bamberger (Krankheiten des chylopoëtischen Systems pag. 693) bezweifelt eine »selbständige, ursprünglich als solche auftretende chronische Peritonitis« und hält, was unter diesem Namen beschrieben wird, für ein Symptom irgend einer anderen, nicht erkannten Grundkrankheit.

Wunderlich (Pathologie und Therapie III, 2. II. Auflage 1856, pag. 365) lässt die Peritonitis niemals oder höchst selten primär entstehen. »Es ist höchst zweifelhaft, ob jemals spontan oder unter dem

Einfluss allgemeiner Ursachen (atmosphärische, epidemische Verhältnisse, Erkältungen, Diätexcesse u. dergl.) die Erkrankung im Peritonäum in primärer Weise beginnen könne, obwohl in einzelnen Fällen eine derartige Genese kaum abzuweisen sein möchte, auch einige Erfahrungen über epidemisches Auftreten von primären Peritoniten vorhanden sind (Frank)« (s. auch u.). »Es unterliegt keinem Zweifel, dass peritonitische Exsudate vollständig, wenigstens bis auf unschädliche Trübungen der Serosa resorbirt werden und verschwinden können. Indessen scheint dieser günstige Ausgang nicht gerade der häufigere zu sein.«

Wenn es richtig sein sollte, was von den bisher erwähnten Autoren, ganz vereinzelte ausgenommen, mehr oder weniger bestimmt behauptet wird, dass weitaus die meisten chronischen exsudativen Peritonitiden auf Tuberculose und Carcinomatose beruhen, so ist es zum Mindesten auffallend, eine wie geringe Rolle das hereditäre Moment, so weit es sich überhaupt feststellen lässt, spielt. Galvagni betont, dass bei seinen 12 Fällen nur in einem die Mutter phthisisch, in einem andern hydropisch starb. Unter meinen 29 Fällen starb 3mal (Nr. 14, 22, 23) der Vater an »Auszehrung«, bei Nr. 23 war Phthise auch in der Familie der Mutter. Nie habe ich selbst in denjenigen Fällen, bei denen gleichzeitig notorische Veränderungen in der Lunge bestanden, auch bei längerem Aufenthalte in der Klinik dieselben wesentlich sich verschlimmern, viel eher (s. o. pag. 93) sich bessern gesehen. Und die Lungenaffection wird man bei Annahme der Bauchfelltuberculose doch mindestens als der Tuberculose suspekt ansehen dürfen. Man wird mir einwenden, dass ich eben alle diejenigen Fälle, welche einen günstigen Ausgang genommen haben, rein nach dem Erfolge eintheilend, als einfache nicht tuberculöse Peritonitis angesehen, die tödtlich verlaufenden mit constatirter Tuberculose selbstverständlich bei Seite gelassen habe. Nun sind unter meinen 29 Fällen 3, welche späterhin gestorben sind; bei dem einen (Nr. 29) ist die Abwesenheit von Tuberculose constatirt, die beiden anderen (19, 24) starben 1½ resp. 2 Jahre nach Beginn der Krankheit. Selbst zugegeben, dass bei lezteren doch Tuberculose im Spiele gewesen, die

Krankheit aber einen besonders lentescirenden Verlauf genommen, wie sind die 26 Fälle mit meist vollständiger Heilung zu erklären? Ich bin der Ansicht, die wohl niemand ernstlich bestreiten wird, dass die Ausheilung einer Tuberculose des Bauchfells, deren Möglichkeit ich nicht bestreiten will, doch nicht ein häufiges Ereigniss ist, so dass eine Klinik von mittlerer Grösse in 11 Jahren an die 30 derartiger Fälle beobachtet. Hiezu würden sogar noch einige wenige Fälle — es handelt sich um kleinere Kinder — kommen, die ich bei ambulatorischer Behandlung heilen sah, die ich aber, weil sie nur unvollständig beobachtet werden konnten, nicht in meine Statistik aufgenommen habe. Ich weiss es andererseits wohl, dass man Ausheilungen von Bauchfelltuberculose beobachtet hat. So erzählt Spencer Wells in »Diseases of the ovaries« 1872 pag. 135 von einem Falle, bei dem er »eine dünnwandige, nicht adhärirende, unilocnläre Ovariencyste« operiren wollte. Bei der Laparatomie wurde eine grosse Quantität opalescirender Flüssigkeit entleert, das ganze Peritonäum zeigte sich »studded with myriads of tubercles«. Die Därme waren vielfach verwachsen, nur wenige Schlingen der Dünndärme frei, die übrigen unter sich verlöthet. Die 22jährige Patientin genass und hat sich späterhin verheiratet. — Umgekehrt berichten Rilliet und Barthez (Traité des maladies des enfants, 1853. III. pag. 802) von einem 12jährigen Mädchen, bei dem intra vitam tuberculöse Peritonitis angenommen wurde. Der Tod erfolgte unter den Zeichen von akuter Peritonitis. Bei der Autopsie ergab sich: »phlegmasie simple chronique et aiguë du péritoine; tubercules dans les poumons«.

Mc Call Anderson (Lancet 1877. Vol. I. pag. 303) bespricht die »curability of attacks of tubercular peritonitis and acute phthisis«. In einem Fall handelte es sich um ein 10jähriges Mädchen, welches fieberte, Schmerzen im Bauche, einen Ascites hatte. Die Affection wurde als tuberculös angesehen, u. a. weil 1) der Bruder an »decline of the bowels« starb, 2) die Kranke in dem Alter stand, in dem Tuberculose des Bauchfells gewöhnlich vorkommt und 3) leichten trockenen Husten, Dämpfung in der linken Spize, vereinzeltes »snoring râle, wavy respiration« hatte. Die Behandlung bestand in

zweckmässiger Diät, später in Syrup. ferr. jodat. Nach 6 Wochen noch derselbe Stand des Exsudates, das Abdomen mass wie früher, 26 Zoll. Jezt wurde ausser Eisen noch Leberthran gegeben. Nach 14 Tagen mass der Bauch 24", nach weiteren 14 nur noch 23", und es konnte kein Erguss im Bauchfellraum mehr nachgewiesen werden. Zehn Tage darauf wurde die Kranke mit geringer Spizendämpfung entlassen. — Ein zweiter Fall, 12jähriges Mädchen aus nachgewiesen scrofulös-tuberculöser Familie stammend (Vater todt, Mutter phthisisch) erschien schon »hoffnungslos« und verlief noch günstig, desgleichen ein dritter: kleines Mädchen (ohne Altersangabe) mit Spizendämpfung und entzündlichem, durch das Mikroskop als solches nachgewiesenem, Exsudat, das zweimal punktirt wurde. Anderson ist der Ansicht, dass die Punktion in günstiger Weise auf die Heilung eingewirkt habe und dass die tuberculöse Peritonitis mit flüssigem Exsudat eine bessere Prognose gebe. — Ich will die tuberculöse Natur der citirten Fälle nicht absolut anzweifeln, möchte aber derartige Heilungen doch als ein ganz ausnahmsweises Vorkommniss hinstellen; jedenfalls wird man nur da, wo die Symptome prägnant und nicht wohl anders zu deuten sind, eine tuberculöse Peritonitis annehmen dürfen. Auf diesem Standpunkte stehen, wie es scheint, verschiedene Autoren. A. Baginsky (Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1883, pag. 611) meint von der chronischen Peritonitis bei Kindern: »man thut unrecht, dieselbe [wenn sie ohne nachweisbare Aetiologie auftritt] als rheumatische zu bezeichnen; vielmehr »habe ich dieselbe fast ausnahmslos gleichzeitig mit Digestionsstörungen verlaufen sehen, oft so ernster Art und mit so beträchtlicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, dass die Annahme einer tuberculösen Erkrankung nahe gelegt war, eine Annahme, welche nur durch den glücklichen Verlauf und die volle Wiederherstellung widerlegt wurde.«

F. Dresch (ref. in Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1878. II. pag. 216) lässt die tuberculöse Peritonitis nur in seltenen Fällen ausheilen und nimmt meist ungünstigen Ausgang durch Diarrhoëen, Perforation, akute Peritonitis etc. an.

So viel ich übersehen kann, wird in neuerer Zeit, vielmehr als

in früherer, die Möglichkeit einer nicht tuberculösen Peritonitis zugegeben. Zum Theil mag dies auf sorgfältigerer Untersuchung beruhen, da früher mancher Erguss schon übersehen worden sein mag. Vieles, was hierher gehört, speciell bei französischen Autoren (vgl. z. B. Grisolle), läuft unter dem Namen des Ascites; man würde aber gut daran thun, den lezteren Namen zu reserviren für das einfache Transsudat mit relativ geringem Eiweissgehalt und niederem specifischem Gewicht (s. o. pag. 85, 86), gerade wie man den Hydrothorax von der Pleuritis exsudativa, das Hydropericardium von der exsudativen Pericarditis trennen soll. Es wird sich dann im Allgemeinen der Ascites decken mit den aus Stauung (Herz- und Nierenkrankheit, Pfortaderstauung etc.) hervorgegangenen Ergüssen, wie man dann umgekehrt auch nicht mehr, selbst bei Krankheiten, bei welchen Ascites gewöhnlich ist, von einem solchen schlechthin reden darf, wenn der Erguss sehr eiweissreich ist, hohes specifisches Gewicht aufweist und damit seinen entzündlichen Ursprung dokumentirt. Dabei ist natürlich nicht ausgeschlossen (vgl. z. B. die Lebercirrhose), dass zu einem ursprünglichen Ascites secundäre Entzündung sich gesellen und die Qualität des Transsudates umändern könne, ebenso wie auch auch der umgekehrte Fall vorkommen kann.

Cruveilhier (Traité d'anatomie pathol. générale 1862. IV. Bd. 60) bespricht einen »Ascite des jeunes filles«, von dem er verschiedene Heilungen beobachtete. Er unterscheidet eine akute und chronische Form. Auch Ch. Griveau (Pariser These von 1882, ref. im Centralblatt für Gynaecologie 1883 pag. 356) theilt 14 Fälle von sog. »idiopathischem Ascites«, insbesondere von jungen Mädchen, mit. Als Aetiologie werden bei 12- bis 18-Jährigen Menstruationsstörungen angegeben (Cessatio mensium, spärliche Menses, Amenorrhoë). Für diese Form ist die Prognose sehr günstig, für die zweite, auf Tuberculose beruhende nicht, indem hier auch bei scheinbarer Besserung und Heilung Recidive noch nach Jahren (local im Peritonäum oder im Gehirn etc.) auftreten. Einzelne rasche Heilungen mit reichlicher Schweiss- und Urinsecretion oder mit Diarrhoë wurden beobachtet.

E. Gintrac (Nouveau Dictionnaire de Médec. et de Chir.

prat. 1869, cit. bei Galvagni) nimmt einen »essentiellen Ascites« ohne Gewebsveränderung an, ohne Schmerzen, ohne gröbere Störungen im Digestionstraktus, in der Circulation, im Allgemeinbefinden; kaltes Getränk, unterdrückte Transpiration, akute Exantheme (Masern, Scharlach) etc. bilden die Veranlassung zur Entwicklung des Exsudats, dessen Bildung oft schneller erfolgen soll, als die nachherige Resorption. Gintrac nimmt an, dass der Ascites verschwinden und als anderer Erguss sich metastasiren könne, so wie Andral nach Resorption eines Ascites Erguss in die Hirnventrikel beobachtet habe. Freilich werden der lezteren Anschauung nur wenige beipflichten. Gintrac sah eine Heilung unter dem Gebrauch von diuretischen Mitteln.

Trousseau (Clinique médicale 1861. I. pag. 640) beobachtete einen Kranken, welcher an doppelseitiger Pleuritis litt, die sich später mit subakuter Peritonitis und beträchtlichem Exsudat im Bauche complicirte. Bei der Autopsie fand man das Peritonäum bedeckt mit kleinen Granulationen, welche dem Bauchfell das Ansehen von Vogelfleisch (chair d'oiseau) gaben. Diese kleinen Granulationen hatten durchaus nicht den tuberculösen Charakter; auch sonst, in anderen Organen, wurde keine Spur von Tuberkeln gefunden.

Vier Fälle von »idiopathischem Ascites« sind in der Gazette des Hôpitaux 1881. pag. 468, 579, 603, 667 mitgetheilt (cf. auch Referat in Centralblatt für klin. Medicin 1881, pag. 302). Es ist interessant zu sehen, wie der zuerst mitgetheilte Fall von Debroise die drei anderen durchaus ähnlichen von Lemoine, Lagrange, P. Casaubon hervorlockt. Es handelt sich um Mädchen, von denen zwei 13, die anderen 16 und 20 Jahre alt waren. Die drei ersten Fälle wurden punktirt und 10, 20, resp. 14 Liter Exsudat entleert, über dessen Eiweissgehalt oder specifisches Gewicht leider nichts angegeben ist. Der Beschreibung nach dürfte es sich beim einen oder anderen um entzündliches Exsudat gehandelt haben. Die Kranken genasen alle, blieben zum Theil lange in Beobachtung, bis zu 7 Jahren, zwei verheirateten sich, eine davon — der nicht punktirte Fall von Casaubon — starb 3 Jahre später an Typhus, ohne Kinder bekommen zu haben. Lagrange, der in 13jähriger Praxis bloss

einen Fall der Art beobachtet, wirft die Frage auf: »les faits de cette nature sont-ils très-rares?« und knüpft ein kurzes »je l'ignore« an.

Quincke (Deutsches Archiv f. Klin. Medicin., XXX, pag. 569) beschreibt unter dem Titel »Ascites« 6 Fälle bei weiblichen Individuen. Der erste gebesserte Fall, 11jähriges Mädchen, ergab bei einer Probepunktion ein Exsudat vom specifischen Gewicht 1030 und wird, gewiss mit Recht, vom Autor als einfache, subakut entstandene Peritonitis gedeutet. Der zweite Fall, 12j. Mädchen, heilte ohne Punktion vollständig. Quincke betont es, dass »obwohl man auch für Tuberculose des Bauchfells Heilung nicht als unmöglich wird erklären können, es doch gewungen und unbegründet wäre, wegen der Häufigkeit der Bauchfelltuberculose auch diese selteneren, günstig verlaufenden Fälle dahin zu rechnen, sobald nicht positive Gründe für Tuberculose angeführt werden können.«

In 2 weiteren Fällen, 13- und 12j. Mädchen, die sonst gesund und kräftig waren, verschwand der Erguss, den Quincke übrigens für nicht eigentlich entzündlicher Natur hält, mit dem erstmaligen Eintritt der Menses; er fügt 2 analoge Fälle, ebenfalls 12- und 13Jährige aus der Klientel des Dr. Barlach in Neumünster an.

Im 5. Quincke'schen Fall, (17j. Mädchen), der auch durch das Recidiv an meinen Fall Nr. 18 erinnert, schloss sich der Erguss an Masern an.

Der 6. Fall, 35j. Magd, ist nicht ganz rein, betrifft möglicherweise eine Leberaffection, auch der 7. Fall, 52j. Mann, ist nicht eindeutig, indem Quincke selbst den Verdacht ausspricht, es möchten verschiedene Hernien (des Nabels, der linea alba, 2 Leistenhernien) zu der Entstehung des Ergusses die Veranlassung gegeben haben. — Im Uebrigen würde ich die Fälle 1, 2, 5 von Quincke anstandslos zur einfachen, chronischen Peritonitis ohne nachweisbare, oder scheinbar ungenügende Aetiologie zählen. — Quincke erörtert speciell die Möglichkeiten, welche zu localem Ascites führen können; in einzelnen Fällen, wie er selbst einen solchen bei einer 30jährigen Kranken beschreibt, ist das ascitische Transsudat durch Chylusbeimischung, in andern durch Beimischung fettig zer-

fallender Zellen fetthaltig (Hydrops chylosus und adiposus)[1]). — Es kann, wie es scheint, das Endothel, wenn es verfettet, in seltenen Fällen zu vermehrter Transsudation führen (Klebs). Freilich wird es im einzelnen Fall, wenn ein Erguss in's Cavum peritonaei vorliegt, ohne Punktion nicht zu entscheiden sein, ob ausser der Transsudation aus den Blutgefässen auch andere Momente an der Exsudation betheiligt sein mögen.

A. Albrecht in einer Dissertation »über den sog. idiopathischen Hydrops ascites«, Greifswald 1882 (ref. im Centralblatt für klin. Medicin, III. Jahrg. pag. 197) beschreibt, an Quincke sich anlehnend, 3 Fälle bei weiblichen Patienten von 23, 31, 32 Jahren. Er bringt den Erguss in Zusammenhang mit Anomalieen der Sexualorgane; bei den 3 Fällen, welche alle geheilt wurden, wurde die Punktion gemacht und $4^1/_2$, $1^1/_2$, 7 Liter Flüssigkeit entleert.

Ein Fall von Ascites, der von Lanini beschrieben ist und auch wohl zum »essentiellen« gehört, ist am Schlusse dieser Abhandlung erwähnt.

Eine gewiss ziemlich vereinzelt dastehende Aetiologie des »Ascites im kindlichen Alter« sieht Seiler[2]) in der Syphilis. Er beschreibt 4 Fälle, merkwürdiger Weise wieder bloss Mädchen im Alter von 4, 7, 13 und 15 Jahren; in dem einen Falle wurden $4^1/_2$ Liter einer serösen, hellgelblichen, stark eiweisshaltigen Flüssigkeit entleert. Seiler beobachtete Heilung in allen 4 Fällen. Er stellt die beiden Schlussfolgerungen auf: »1) Der einfache Ascites im kindlichen Alter beruht, sobald Tuberculose ausgeschlossen, immer auf Hepatitis syphilitica diffusa oder circumscripta gummosa, auch in solchen Fällen, wo sonstige Zeichen einer syphilitischen Erkrankung fehlen. Die bisher bekannten Fälle gehören in die Kategorie der Syphilis hereditaria tarda. 2) Derselbe ist immer durch Quecksilber oder Jod oder durch Combination dieser Heilmittel heilbar. Die einzige andere Möglichkeit ist die, dass im kindlichen Alter eine heilbare einfache Lebercirrhose vorkommt, was nach

1) Deutsches Archiv für klin. Medicin XVI, pag. 128 ff.

2) Verhandlungen der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden 1881 pag. 50. — Berliner klin. Wochenschrift 1881, pag 365.

Birch-Hirschfeld in hohem Grade zweifelhaft ist.« Das »primäre peritonitische Exsudat« will Seiler nicht anerkennen; die Casuistik, welche zum Beweise des Vorkommens einer Peritonitis mit flüssigem Exsudat dienen solle, sei mit Vorsicht zu betrachten; man sehe es den Autoren an, dass sie ihr Krankheitsbild nicht aus eigener Erfahrung geschöpft haben und selbst nicht recht daran glauben. Ich für meine Person glaube lieber an die oft genug mit ganz leidlichem Fieber einhergehende, scheinbar primäre Peritonitis mit flüssigem Exsudat, als an eine so leicht heilbare und gute Prognose gebende Hepatitis syphilitica, die man unter Umständen kurirt mit — Bettruhe und Priessnitz'schen Umschlägen. Bis ich die Abhängigkeit des Ascites von hereditärer Syphilis als bewiesen erachte, müsste ich mich überzeugt haben von einer ungleich viel grösseren Häufigkeit der Syphilis überhaupt in den Bevölkerungsschichten, aus denen mein Material entnommen ist [1]). Schliesslich kann es ja auch nicht Aufgabe der Syphilis sein, als ätiologischer Lückenbüsser in allerlei Krankheiten zu figuriren, deren eigentliche Ursache wir nicht kennen. —

Ich habe absichtlich die unter dem Namen »Ascites« beschriebenen Fälle zusammengestellt, zum Theil um zu zeigen, wie verschiedenartige Ergüsse unter diesem Namen von den Autoren beschrieben werden und wie different ihre Deutung ist. — Kormann (Jahrb. f. Kinderheilkde. N. Folge. XVI. pag. 170) hat gewiss Recht, wenn er sich in dem »Ascites oder Peritonitis serosa?« betitelten Falle für seröse Peritonitis entscheidet; derselbe betraf ein 6jähriges Mädchen, bei dem durch Punktion c. 6 Liter einer gelbgrünlichen klebrigen Flüssigkeit entleert wurden, welche stark eiweisshaltig war und beim Kochen im Reagensglase zu einer fast völlig consistenten Masse erstarrte. Und troz dieses entzündlichen Exsudates war das Kind, das übrigens vollständig geheilt wurde, fieberfrei, lief auf der Strasse umher. — H. Eichhorst (Artikel »Ascites« in Eulenburg's

1) Von der vielfach schon beschriebenen Peritonitis der Neugeborenen, die auf fötaler Syphilis beruht und gewöhnlich schon in den ersten Lebenstagen durch Darmocclusion oder durch Infection vom Nabel aus (septische Form) zum Tode führt, ist hier nicht die Rede.

Realencyclopädie) meint, dass »da, wo man von idiopathischem, essentiellem oder rheumatischem Ascites berichte, Verwechslung mit Peritonitis vorliege.« Henoch (Berliner klin. Wochenschrift 1881, pag. 19) ventilirt die Frage, ob es im Kindesalter eine Peritonitis ohne Tuberculose gebe; er bejaht die Frage und kennt 5 oder 6 geheilte Fälle dieser Kategorie. »Möglich ist es allerdings, dass Tuberkel im Bauchraum obsolesciren können; aber ich möchte doch lieber annehmen, dass bei Kindern, die nicht tuberculös sind und aus gesunden Familien stammen, eine einfache chronische Peritonitis mit günstigem Verlaufe vorkommen kann, deren Ursache mitunter eine traumatische ist, häufiger aber verborgen bleibt.«

Wenn schon ältere Autoren, wie Broussais (Histoire des Phlegmasies. 1808, II. pag. 454 [1]) und Toulmouche [2]) (Gazette méd. 1842) eine chronische, nicht tuberculöse Peritonitis anerkannten, so mehren sich in neuerer Zeit die Stimmen für dieselben in unleugbarer Weise. Eine Anzahl diesbezüglicher Beobachtungen habe ich schon mitgetheilt, ich kann es aber nicht unterlassen, noch weitere anzureihen, welche ausdrücklich als chronische, nicht tuberculöse Peritonitis aufgefasst wurden. R. H. Meade, (British med. Journal 1875, Sept. 23) beschreibt eine idiopathische, nicht traumatische, subakut oder chronisch, oft durch Kälteeinwirkung entstehende Peritonitis. Die chronische Form geht mit sehr wenig Schmerzen, aber immer bedeutendem Ascites einher. Johnson (ibid. 1875, Sept. 16) berichtet über »cases of effusion into the peritonaeum analogous to cases of latent pleurisy«.

J. Culmbacher, Erlanger Dissertat. 1853 (s. Schmidt's Jahrbücher 79. Bd. pag. 184) beschreibt einen Fall von »chronischer Bauchfellentzündung« mit Sectionsbericht bei einem 42jährigen Mann. Es wurde wegen leichter Veränderungen auf der Lunge intra vitam an tuberculöse Peritonitis gedacht; nach der Sektion aber eine »geheilte« Tuberculose der linken Lunge angenommen, dabei constatirt

1) »Nous avons vu plusieurs fois les ascites dépendants des péritonites latentes, disparaitre au point de faire croire à la guérison, pendant l'usage des médicamens stimulans et diurétiques.« Doch glaubt Br. wegen der »exsudation caséiforme« nicht an vollkommene Heilung.

2) Siehe Nachtrag.

»chronisch auftretende Bauchfellentzündung mit Schrumpfung des Bauchfells, chronische Entzündung der capsula Glissonii und des Zellgewebes in dem Leberparenchym mit Bildung einer gelappten Leber«.

In »epikritischen Bemerkungen« wird als möglicher, aber kaum wahrscheinlicher Ausgangspunkt eine rechtsseitige Scrotalhernie (cf. den Fall pag. 106) hingestellt, schliesslich aber (l. c. pag. 35) eine »chronisch-rheumatische Entzündung des Peritonäums« angenommen, die zu secundärer Lappung der Leber geführt habe.

Stiller (Deutsches Archiv für klin. Medicin XVI, pag. 406) beschreibt bei einem 18jährigen Lehrling eine chronische, in Heilung übergegangene exsudative Peritonitis, die 4 Monate nach Entstehung eines rechtsseitigen pleuritischen Exsudates auftrat, zu einer Zeit, als lezteres schon in Resorption begriffen war.

H. Smidt (Zeitschrift für klinische Medicin, II. Bd. pag. 203) bespricht einen in der Kohts'schen Kinderklinik zu Strassburg beobachteten Fall von idiopathischer chronischer Peritonitis. Es bestand keine Tuberkulose, kein Oedem, aber localer, enormer Ascites ohne nachweisbare Ursache. Im Allgemeinen Euphorie. Geringer Erguss im linken Pleuraraum. Verschwinden des Ascites bei roborirender Diät. Nach 2 Monaten Recidiv ohne Pleuraerguss. Schwizbäder und Schwund des Ascites, der nach 3 Monaten noch nicht wiederkehrt war. S. beschreibt diesen Fall im Anschluss an einen solchen von chylösem Ascites (s. o. pag. 107) mit dem er viele Analogieen zu haben schien.

Rehn in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten (IV. Bd. 2. Abtheilung 1879, pag. 223) erkennt, wie es scheint, vollständig an Galvagni sich anlehnend, eine »chronische Form der rheumatischen Peritonitis« an und beschreibt 4 Fälle; 1½j. Kind (Geschlecht nicht angegeben), 6j. Mädchen, bei dem die Explorativpunktion gemacht wurde; 4j. Mädchen und 2j. Knabe, bei denen Tumorenbildungen zu constatiren waren. Auch die beiden lezten Fälle genasen (wie die ersten), indem die Tumoren wieder verschwanden.

Bäumler (Tageblatt der 53. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Danzig 1880, pag. 140) berichtet an der

Hand zweier, an »jugendlichen weiblichen Individuen« beobachteter Fälle über subakute exsudative Peritonitis mit sehr reichlichem Erguss. Beide Fälle genasen, waren mit linksseitiger Pleuritis complicirt, einer zeigte die erysipelatöse Röthung in der Umgebung des Nabels.

Dessgleichen (l. c. pag. 141) referirte Grosser kurz über einen Fall von Peritonitis mit linksseitiger Pleuritis nach Typhus.

Gerhardt im Lehrbuche der Kinderkrankheiten, 4. Auflage 1881, pag. 509 spricht ebenfalls von der primär chronischen Peritonitis, wie sie Galvagni und Rehn beschreiben.

Eine ganz exceptionelle Beobachtung, die zum Schluss besprochen sein mag, veröffentlichte im Jahr 1828 Heinrich Wolff in Bonn (Hufeland's Journal der prakt. Heilkunde, 1828, Bd. 66. Mai. pag. 78). Derselbe beobachtete innerhalb 6 Jahren mehr als 100 Fälle von Ascites bei Kindern, meist im Alter von 2—5 Jahren, seltener bei älteren von 7—14 Jahren, nie bei Mädchen über 12 Jahre; wo er ältere männliche Individuen von 10—16 Jahren sah, gehörten diese ihrer körperlichen Ausbildung nach dem Knabenalter an. Die meisten Krankheitsfälle fielen in den Sommer und Herbst. Nie wurden mehr als 2—3 Fälle auf einmal beobachtet; »daher auch nichts Epidemisches zu Grunde liegen mag«. Von jungen Kindern wurden mehr Mädchen ergriffen; bei älteren war es umgekehrt; in der Regel waren die Kinder sonst ganz gesund. Wolff denkt an einen inflammatorischen oder subinflammatorischen Process im Bauchfell. Neben dem Ascites, den er der zweiten Periode der Krankheit zutheilt — in der ersten, 5—14 Tage dauernden, sind mehr unbestimmte, hauptsächlich abdominelle Beschwerden zugegen — will er eine charakteristische Gesichtsbildung »Auftreibung oder Gedunsenheit der Haut in der Gegend der Nasenwurzel gerade zwischen den Augen« bemerkt haben, eine Veränderung, die in vielen Fällen die Diagnose der Bauchwassersucht von vorneherein wahrscheinlich machte. — Oedeme sonst, besonders auch an den Unterextremitäten, hat Wolff nicht beobachtet. Zweimal, bei einem 14j. und 16jährigen Knaben, kamen Recidive vor. Todesfälle kamen höchst selten und nur im Falle höchster Vernachlässigung

vor. Eine Autopsie scheint nicht gemacht worden zu sein. — W. betont, dass einzelne Fälle auch bei rein exspektativer Behandlung ausheilten. Wie weit diese interessanten Beobachtungen hierher gehören, wage ich nicht zu entscheiden; Rilliet und Barthez (traité des maladies des enfants 1853, II. pag. 209) fürchten, es möchte irgend ein diagnostischer Fehler mit untergelaufen sein, da zwar die Fluktuation sehr deutlich, aber auch Anschwellung der Mesenterialdrüsen zu beobachten gewesen sei. — Könnten diese »Drüsen« nicht, z. Theil wenigstens, entzündliche Tumoren gewesen sein, um so mehr, als sie »bei allmählicher Abnahme der ergossenen Flüssigkeit« anschwollen? (Wolff l. c. p. 84.)

Im Uebrigen wüsste ich nichts, was diesen Beobachtungen mit Sicherheit an die Seite zu stellen wäre.

Etwas unklar ist, was J. P. Frank (de curandis hominum morbis epitome, Mannhemii 1792 lib. II § 214 fin.) sagt: »epidemico more peritonitis ante paucos annos apud nos grassari conspecta est.« Es scheinen hier akutere Formen gemeint zu sein, ob speciell Puerperalfieber, lässt sich nach dem Vorhergehenden nicht entscheiden. Uebrigens wird von Frank die puerperale Peritonitis an verschiedenen Stellen speciell unterschieden; auffallend ist aber folgender Passus (ibid. init.): »nec infrequentior altera (peritonitis) est quam, licet utrumque sexus eidem morbi speciei subjectum agnoscamus, ob uberiorem tamen apud puerperas proventum puerperalem dicemus«.

Eine leise Andeutung von gehäufterem Auftreten unserer chronischen Peritonitis dürfte es vielleicht sein, wenn die kleine Gemeinde Hagelloch (1 Stunde von Tübingen entfernt) mit einer Einwohnerzahl von 657 Seelen und c. 120 schulpflichtigen Kindern [1]) in den beiden Monaten Juni und Juli 1882 je einen Fall (Nr. 13, Nr. 14) der Klinik zuwies. Januar 81 war ebenfalls aus dieser Gemeinde ein Fall (Nr. 17) in die Klinik aufgenommen. — Ohnedies habe ich den Eindruck bekommen, dass diese

1) Gegenwärtig 123 Kinder von 7—14 Jahren; Durchschnitt der lezten zehn Jahre 115. — Mittheilung des Pfarramtes H.

Form der chronischen Peritonitis in unseren Gegenden, verglichen mit anderen, häufiger zur Beobachtung gelange.

Es ist als eine theoretische Forderung anzusehen und schon ex analogia zu vermuthen, dass, wenn eine primäre chronische Peritonitis angenommen werden soll, auch eine derselben vergleichbare akute Form vorkomme, die ihre Ursache nicht in den für akute Peritonitis geforderten gröberen Ursachen (Trauma, Typhlitis, Perityphlitis etc.) hat. In der That hat auch schon Duparcque im Jahre 1842 die »péritonite aiguë, essentielle des jeunes filles« behandelt (5 Fälle mit 2 Heilungen, 3 Autopsieen) und späterhin dasselbe Thema wieder besprochen (Gazette des hôpit. 1867, pag. 436). Hiernach beobachtete er weitere 11 Fälle von »spontaner« akuter Peritonitis, 3 bei Männern mit 2 Heilungen, 4 bei Weibern mit 2 Heilungen, 3 bei jungen Mädchen, die sämmtlich starben; Autopsie der gestorbenen 7 Fälle wurde nicht gemacht; dagegen wurde bei einem an Chorea leidenden 9jährigen Knaben die Diagnose der »akuten, essentiellen Peritonitis« bestätigt. Auch Blachez (Gazette des hôpit. 1867. pag. 433) gibt 2 Fälle spontaner Peritonitis mit Sektionsbefund bei einem 40j. und 20j. Manne. Selbst wenn man in diese Fälle hinsichtlich der Spontanëität ihrer Entstehung (vielleicht auch wegen des meist unglücklichem Ausganges) gewisse Zweifel sezen wollte, wenigstens bei denjenigen, in denen der Obduktionsbefund fehlt, so sind dem gegenüber zu stellen die auffallend günstigen Resultate, welche Gauderon (Thèse — ausführliches Referat von Dusch in Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1876, II, pag. 622) bei 35 von ihm zusammengestellten Fällen von idiopathischer akuter Peritonitis der Kinder beobachtete. Die Affektion betraf meist blühende Kinder im Alter von 5—12 Jahren; mehr Mädchen als Knaben wurden befallen (15 : 10). Die Prognose war verhältnissmässig günstig; 11 Heilungen, 8 durch Perforation des Nabels mit Suppurirung, 3 durch Vertheilung wurden verzeichnet; 4mal kam Pleuritis vor unter 11 Fällen, die in Eiterung übergiengen. Als Aetiologie wird Erkältung (Liegen mit dem Bauche auf feuchter Erde) und heftige körperliche Bewegung beim Spielen angegeben. Auch Berner (Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1878 II,

pag. 217) beschreibt den Durchbruch eines eitrig gewordenen peritonitischen Exsudates durch den Nabel bei einem 6½j. Mädchen mit günstigem Ausgang. Rilliet und Barthez (l. c. II. p. 211) beschreiben einen Fall von »Ascite primitive aiguë« bei einem 13j. Burschen, welcher in einem feuchten Local arbeiten musste. In 43 Tagen trat Heilung unter reichlicher Urinsecretion ein. Die Bauchperipherie, über den Nabel gemessen, sank von 76 auf 72 cm.

Demnach sind Fälle von akuter Peritonitis, selbst anscheinend spontan entstandener, nicht allzu selten. Akute Peritonitis ist, verglichen mit den höheren Altersstufen, beim Kinde ohnedies etwas weniger häufig. Rich. Pott (Jahrb. f. Kinderheilkde. N. Folge XIV) erklärt dies aus dem Wegfall der entwickelten weiblichen Genitalsphäre, der grösseren Seltenheit von Typhlitis und Perityphlitis, dem seltenen Vorkommen von Perforation des processus vermiformis und der Gallenblase.

Es dürfte aus dem Vorhergehenden der Schluss zu entnehmen sein, dass die von manchen bestrittene einfache chronische Peritonitis in der That existire, und dass sie oft genug sich entwickele ohne nachweisbare Aetiologie, ohne dass etwa Tuberculose oder Carcinomatose des Bauchfells, Pfortaderstauung aus irgend welcher Ursache, Cirrhose oder chronische syphilitische Entzündung der Leber vorliegt, oder der ascitische Erguss Theilerscheinung allgemeiner Hydropsie ist. Wenn wir die von Manchen betonte und für die Auffassung der Krankheit recht plausibel erscheinende Analogie mit der exsudativen Pleuritis acceptiren, so dürfte darin doch mehr, als das blosse Zugestehen unserer Unkenntniss der wahren Aetiologie zu suchen sein. Was für die Betrachtung der einen Krankheit als recht gilt, sollte doch billiger Weise auch bei der andern in gleichem Masse zugegeben werden. Ich frage: gelingt es bei jedem Falle von exsudativer chronischer Pleuritis eine befriedigende Aetiologie festzustellen? Gewiss nicht! Der Kranke kommt zum Arzt wegen oft mässiger Athembeschwerden; man constatirt das Exsudat und niemanden fällt es ein, ohne zwingenden Grund an Tuberculose zu denken; und bei der chronischen Peritonitis ist es nicht viel anders; allmähliche Anschwellung des Bauches mit mehr oder weni-

ger deutlichen Verdauungsstörungen, die weit eher Folge als Ursache des Ergusses in den Bauchraum zu sein scheinen. Gibt man für die Pleura, für die Scheidenhaut des Hodens, selbst, wenn auch nur in seltenen Fällen, für das Pericard, eine Spontanerkrankung bei zuvor gesunden Individuen zu, warum nicht auch für das Peritonäum, an dem sich genau dieselbe Scala des entzündlichen Processes vom akuten bis absolut chronischen beobachten lässt? Und um die Analogie noch deutlicher zu zeigen — wenn jemand nach einem Trauma oder bei einem entzündlichen Process in der Nachbarschaft Pleuritis oder Peritonitis bekommt, wundern wir uns nicht; wenn diese Entzündungen »von selbst« auftreten, wissen wir eben nichts — von der Aetiologie. Mögen auch einzelne voraufgegangene Affektionen localer oder auch mehr allgemeiner Natur häufig eine Veranlassung zur peritonitischen Erkrankung abgeben — es ist oben davon die Rede gewesen —, für manche Fälle gelingt dieser Nachweis nicht. Es ist mir aufgefallen, dass unsere chronische Peritonitis mit reichlicherem Exsudat nicht eine häufigere Nachkrankheit des Abdominaltyphus zu sein scheint, bei welchem doch peritonitische Erscheinungen, auch ohne Darmperforation, nicht allzu selten sind (vergl. Liebermeister in Ziemssen's Handbuch, II. Bd. 1876, pag. 166), während doch exsudative Pleuritis bei demselben ab und zu vorkommt. Freilich ist hier zu berücksichtigen, dass von den halbwegs akuteren Fällen die meisten sterben, ehe es zu stärkerer Exsudation gekommen ist; aber auch die diffuse Peritonitis mässigen Grades bei Typhus, die oft in Genesung übergeht, scheint mehr durch Druckempfindlichkeit des Abdomens, als durch Absezung eines grösseren Exsudates sich zu äussern. — Galvagni (l. c. pag. 364, Sep.-Abdr. pag. 85), der die in Rede stehende Form der Peritonitis als einen »irritativen Process mit sero-fibrinöser Exsudation« auffasst, betont es, dass »diese Peritonitis »sich häufig vergesellschaftet mit analogen Affektionen anderer Sero»sae (wie der Pleura und allenfalls der Tunica vaginalis propria testis), »welche ihr voraufgehen, sie begleiten, oder endlich ihnen sich an»schliessen. Es liegt somit Berechtigung vor, diese Krankheitsgruppe »nicht als etwas Exceptionelles oder Zufälliges, sondern als eine ein-

»zige Krankheitsform zu betrachten, die ihren Ausdruck findet in »einer speciellen Disposition des Organismus zur Erkrankung der »serösen Häute unter dem Einfluss der genannten Ursache.« Diese selbst möchte G. »fast immer auf rheumatische Anlage« zurückführen. Man mag im Zweifel darüber sein, in wie weit man diesen Raisonnements beipflichten oder, ob man gar mit Trousseau (l. c. I. pag. 639) eine »Diathèse séreuse [1])« annehmen soll; interessant aber dürfte im Vergleiche hiezu der Umstand sein, dass Desplats (L'Union médie. 1873 Nr. 79 — ref. in Virchow-Hirsch's Jahresbericht II, pag. 171) eine an akuten Gelenkrheumatismus sich anschliessende »péritonite rhumatismale« beschreibt, die sich klinisch und anatomisch gerade so verhalte, wie die Entzündung der Pleura oder des Perieards. Hier, wenn anders die Beobachtung richtig ist, dürften doch wohl Gelenksaffektion und Entzündung der Serosa aus einer ursprünglichen gemeinsamen Ursache erklärt werden. Freilich hält z. B. Senator (Ziemssen's Handbuch, XIII. Bd. 1. Hälfte 1875, pag. 49), wo er von den Complicationen des akuten Gelenkrheumatismus spricht, neben anderem die Peritonitis »als wohl weniger mit dem Krankheitsprocess in Verbindung stehend, denn vielmehr für einen zufälligen Begleiter.«

Immerhin dürfte der, wenn auch nicht mit ganz genügenden Gründen gestüzte Versuch, das Neben- und Nacheinander der Entzündung in verschiedenen serösen Häuten aus einer (allerdings noch hypothetischen) Grundursache zu erklären, einige Beachtung verdienen.

Prognose.

Die Prognose bei der einfachen chronischen Peritonitis ist im Ganzen als eine günstige zu bezeichnen; gerade dieser günstige Ausgang ist es, welcher eine relativ reine Form der Peritonitis anzunehmen zwingt. Ohnedies wird die Krankheit gerade von sonst kräftigen Individuen häufig aequirirt, wodurch allein schon günstigere Bedingungen geschaffen sind. Von den 29, oben zusammengestellten Fällen, die ich glaube, der chronischen Peritonitis zu-

1) Galvagni (l. c. pag. 359; Sep.-Abdr. pag. 70) spricht von einer »orromenite (wohl = Orrhymenitis) cronica diffusa«.

zählen zu müssen, sind im Ganzen 3 gestorben; der im Sektionsbefund mitgetheilte Fall 29 erlag der augenscheinlichen Herzschwäche, die durch Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel und ausgedehnte Verkalkung des lezteren [1]) mitbedingt war; von Tuberkulose fand sich nichts. Die beiden anderen Fälle (Nr. 19, 24) starben 1½, resp. 2 Jahre, nachdem sie sich weiterer Beobachtung entzogen hatten. Genaueres über die Todesursache konnte nicht eruirt werden; bei Fall 19 war übrigens der Erguss in die Bauchhöhle zur Zeit der Entlassung nicht mehr vorhanden, so dass es zum mindesten zweifelhaft ist, ob bei dem späteren Tod der früheren Peritonitis eine Rolle zukommt; immerhin möglich, dass Tuberculose im Spiele war oder schliesslich sich hinzugesellt hat; der Verlauf derselben wäre dann allerdings ein ziemlich schleppender gewesen. Es mag darauf hingewiesen sein, dass Fälle, die in früherer Zeit der Phthise verdächtig gewesen, entweder ausheilten oder Jahre lang in einer Weise stationär blieben, dass sie als nicht wesentlich krank zu bezeichnen waren. So bot Fall 25 noch nach mehr als 8 Jahren geringe Spizendämpfung der Lunge mit Katarrh, wie zur Zeit des peritonitischen Exsudates. Für mich speciell hat aber auch angesichts solcher Fälle die Annahme etwas Gezwungenes, als habe die einstige Peritonitis auf wirklich tuberculöser Grundlage beruht. Ich huldige der Ansicht, eine auf die Fläche einer grossen serösen Haut gesezte echte Tuberculose heile nicht wohl aus, so sehr, dass bei unerwartet ungünstigem Ausgange einer anscheinend gutartigen Pleuritis oder Peritonitis sofort an maligne Affektion (bei jüngeren Individuen in erster Linie Tuberculose) zu denken ist. Erst kürzlich beobachtete ich einen beim ersten Blick typischen Fall von akuter rechtsseitiger Pleuritis mit sehr reichlichem Exsudat, Verdrängungserscheinungen etc. Der Kranke, erst seit 8 Tagen ausgesprochen leidend, war gut genährt, fettreich, wog 67 Kgr. Nichts schien auffallend, als etwa eine im Vergleich zur gewöhnlichen Pleuritis etwas höhere Temperatur, höhere Pulsfrequenz, relativ geringe Erleichterung nach einer Punktion, die 1750 c.cm.

1) Sollten die Peritonitis und die chronisch entzündlichen Veränderungen am Herzbeutel in einem gewissen Zusammenhang gestanden haben?

einer serösen Flüssigkeit vom specifischen Gewichte 1016 entleert hatte. Bacillen konnten im Sputum nicht nachgewiesen werden. Die Sektion ergab alte verkäs.e Lymphdrüsen zur Seite der Trachea, auch einzelne verkäste Bronchialdrüsen. Frischere Tuberkeleruptionen auf der Pleura und in der Lunge, auch in der Leber und den Nieren Tuberkel. Und bei den mehr chronischen Fällen ist in der Hauptsache der endliche Ausgang nicht anders, bloss der Verlauf ein langwierigerer. Man wird demnach immer dann auch bei der Peritonitis mit der Prognose reservirt sich verhalten müssen, wenn irgend eine Erscheinung auftritt, die in das ungefähr typische Bild der Krankheit nicht passt und auf ein ernsteres Grundleiden hinzudeuten vermag. — Galvagni formulirt (l. c. fin.) die Prognose bei unserer Peritonitis gewiss richtig: »Die Heilung, anstatt Ausnahme zu sein, wie man bisher glaubte, ist im Gegentheil Regel, vielleicht auch ohne dass ein therapeutischer Eingriff geschieht.«

Im Uebrigen wiederholen sich hier dieselben Erwägungen, wie bei der Stellung der Prognose bei exsudativer Pleuritis. Je kräftiger und jünger ein Individuum, je besser der Ernährungszustand, je mässiger das Fieber, um so eher ist auf einen raschen Ablauf der Krankheit zu rechnen; eine Spontanresorption des Exsudates auch am ehesten zu erwarten, je jünger der Kranke. Aber auch da, wo die Punktion erforderlich — es sind dies überwiegend Individuen, die nicht mehr dem kindlichen Alter angehören — ist Heilung nicht ausgeschlossen, doch pflegt sie immer länger sich hinzuziehen, schon desswegen, weil eine Punktion doch immer ein reichlicheres, zu unmittelbaren Beschwerden führendes, Exsudat voraussezt. Complikationen mit Pleuritis scheinen an der Prognose nichts Wesentliches zu ändern. Ich habe über alle in der Klinik behandelte Kranke nachträgliche Notizen gesammelt, die, wenn auch zum übergrossen Theil von Laienhand herrührend, doch für unsere Zwecke vollkommen ausreichend sein werden; einzelne Kranke konnte ich selbst untersuchen. Es sind von den 26 nicht gestorbenen Kranken 21 späterhin als geheilt zu betrachten — Fall 1—12, 14, 15, 17, 18, 20—23, 25; unter diesen 21 Fällen traten allerdings bei 1 7 Jahre später Lymphome am Halse auf, bei 25 be-

stand noch nach 8 Jahren unbedeutende Lungenaffektion; Nr. 11, sonst gesund, leidet an zeitweiliger Diarrhoë. Nur geringe Besserung wurde erzielt bei Nr. 13, 16, 26 und 28, sehr wesentliche bei Nr. 27. Diese Resultate sind als recht günstige zu bezeichnen und sind ungefähr so günstig, als wenn man eine Reihe von Fällen chronischer Pleuritis aus allen Altersstufen zusammenstellt. Und auch bei den Fällen, die keine ausgesprochene Tendenz zur Heilung und Resorption des Exsudates (selbst nach wiederholten Punktionen) zeigen, muss man die Möglichkeit, es könnte schliesslich doch noch Heilung bei zweckmässiger Behandlung eintreten, strikte festhalten. Auffallend ist immerhin, wie wenig das Gesammtbefinden auch bei langem Bestande des Exsudates zu leiden pflegt, ein Beweis, dass man es mit einem relativ localen Processe zu thun hat. Grisolle (l. c. I. pag. 719) berichtet im Capitel »Ascite« von einem Fall, der nach 8jährigem Bestande des Exsudats zur Heilung kam und von einem weiteren (beobachtet von Canu in Yvetot), der eine 36-jährige Frau betraf, welche 886mal punktirt wurde und schliesslich nach 16jährigem Bestehen des Ergusses geheilt wurde. G. meint, dass diese exceptionellen Fälle, da sie fast nur bei Weibern beobachtet seien, viel eher auf »hydropisie enkystée des ovaires« zurückzuführen seien, deren Heilung ihm eher möglich erscheine, als die eines Jahre lang dauernden Ascites. Wer das Umgekehrte glaubt, dürfte zum Mindesten gerade so viel Recht haben. — Auch dann noch, wenn der Ernährungszustand der Kranken ein sehr geringer geworden und der Verdacht einer tuberculösen Affektion nahe gerückt ist, wird man nicht sofort eine ungünstige Prognose zu stellen haben, falls nämlich in besonderen Verhältnissen des Kranken, schlechten Aussenbedingungen, unzweckmässiger Ernährung etc. eine Erklärung für den aussergewöhnlichen Verfall der Kräfte gefunden werden kann. Mit Beseitigung dieser Schädlichkeiten und Einleitung eines zweckentsprechenden Verfahrens muss freilich in kürzerer oder längerer Zeit eine Besserung des Gesammtzustandes eintreten. Nr. 11 und 21 mögen Beispiele hiefür sein.

Darüber fehlt mir beweisende Erfahrung, ob nicht bei lange bestehendem Exsudat entzündliche Prozesse in einzelnen Unter-

leibsorganen, speciell der Leber, angeregt werden können, die zu cirrhotischen Processen im Organ, zu Pfortaderstauung und langsamem Tod durch Erschöpfung führen können. Vereinzelte Fälle der Art, wo auch sonst zur Schrumpfung führende Prozesse im Mesenterium und Nez zu beobachten waren und die so gedeutet werden könnten (s. u. Therapie), habe ich gesehen; man wird sie aber nicht zur einfachen chronischen Peritonitis rechnen, so wenig, als das Rétrécissement thoracique zur Exsudativpleuritis als solcher gehört. — Ueber die prognostisch natürlich sehr bedeutsame sog. »Tuberkulisation« älterer, von chronischer Peritonitis herstammender Fibrinmassen, die bei längerer Dauer einzelner Fälle stets befürchtet werden muss, stehen mir keine genügenden Erfahrungen zu Gebote; ich glaube, dass sie bei ursprünglich gesunden Individuen und reinen Fällen von Peritonitis recht selten ist, und gerade der Umstand, dass solche Fibrintumoren oft sehr lange Zeit gänzlich unverändert und ohne merkbaren Schaden für ihren Träger persistiren können und schliesslich doch verschwinden (nach fettigem Zerfall?), scheint mir dafür zu sprechen.

Diagnose.

Die Diagnose der chronischen exsudativen Peritonitis wird in der Regel keine Schwierigkeiten haben. Wer gewohnt ist, auch bei relativ unbedeutenden, zumal abdominellen Beschwerden den Bauch zu percutiren, wird vielleicht häufiger, als er von vornherein denkt, einen Erguss nachweisen können. Zu verschiedenen Malen schon hat mir eine durch die Kleider hindurch sichtbare Vergrösserung des Abdomens bei sonst gutem Ernährungszustand und Abwesenheit sonstiger Oedeme den Verdacht chronischer Peritonitis bei jugendlichen Individuen nahe gelegt, die nicht einmal entsprechende Beschwerden anzugeben im Stande waren; genauere Untersuchung bestätigte die Vermuthung. Andere Male wird man es freilich bloss mit starkem Meteorismus zu thun haben und auch bei geeigneter Lagerung und Stellung des Kranken (aufrechte Haltung, Vornüberbeugen des Rumpfes) ein Exsudat nicht nachweisen können. So leicht übrigens der Nachweis eines massigen Exsudates,

allein schon mittelst des durch das ganze Abdomen gleichmässig fortschreitenden Fluktuationsgefühles sein kann, ganz abgesehen von der genaueren Perkussion und Grenzenbestimmung des Ergusses, so leicht kann ein kleiner, freier Erguss (zumal bei Rückenlage des zu Untersuchenden) der Untersuchung entgehen, wenn er der Schwere folgend im Beckenraum sich sammelt, die luftgefüllten Gedärme aber darüber schwimmen [1]). Exsudate von 500—1000 c.cm. dürften sehr häufig noch der Diagnose sich entziehen, auch bei genauer Untersuchung. Bei sehr grossen Exsudaten, bei welchen die an ihrem Mesenterium befestigten Därme in die Flüssigkeit eintauchen, wird allenthalben leerer Schall zu treffen nnd das in den Gedärmen enthaltene Gas mit dem Perkussionsstoss nicht zu erreichen sein. Dagegen kann es vorkommen, dass bei stärkerem Druck mit dem der Bauchwand aufgesezten Plessimeter, auch aus abhängigeren Parthieen, die Flüssigkeit über und neben den Gedärmen weggedrängt und statt der Flüssigkeit der tympanitisch schallende Darm perkutirt wird. Doch dürften Irrthümer in dieser Richtung fast bloss vom Ungeübten begangen werden [2]). Sicher ist die Diagnose des ascitischen freien Ergusses freilich nur dann, wenn er bei allen Lagen des Untersuchten die tiefgelegenen Stellen aufsucht und dabei stets mit zum Erdboden paralleler oberer Grenze sich einstellt; dies ist selbstverständlich nur möglich, wenn die Gedärme stets leicht ausweichen können, nicht etwa, an die Bauchwand fixirt, unter allen Umständen (wenn sie ungefähr normalen Luftgehalt haben) tympanitischen Schall ergeben. Die wenigen Fälle von abgesackten grösseren Exsudatmassen — Fall 25 und 29 gehören hierher — lassen selbstverständlich den Lagewechsel vermissen; auch dann pflegt er nicht sehr deutlich zu sein, wenn das Exsudat s e h r

1) P i o r r y (die mittelbare Pereussion, übersezt von F. A. Balling, Würzburg 1828, pag. 179), welcher die Diagnose des Ergusses in die Bauchhöhle gründlich behandelt, empfiehlt, dem Beeken eine erhöhte Lage zu geben oder auch wohl den Kranken auf den Baueh zu legen.

2) P i o r r y (l. e. pag. 181) meint: »ein stärkerer Druek mit dem Plessimeter auf die auf der Flüssigkeit oben sehwimmenden Gedärme kann diese Eingeweide wegdrücken und das Instrument mit der Flüssigkeit zusammenbringen. Hieraus kann ein Ton hervorgehen, dessen Dumpfheit der des as citischen Tones (!) gleicht«.

reichlich ist und das der Kugelgestalt genäherte Abdomen bis auf eine schmale Zone tympanitischen Schalles ziemlich allseitig erfüllt. In solchen Fällen wird die obere Grenze verschwommen, die Dämpfung des Exsudates fliesst zusammen mit der der Leber, der Milz, eines gefüllten Magens etc. und bei der Verkürzung der oberen Grenze, die nur eine kleine Strecke der Bauchwand bestreicht, lässt sich ihr horizontaler Verlauf nicht immer mit der genügenden Sicherheit feststellen. Wo ein Hydrops chylosus oder adiposus vorliegen sollte, vermag selbstverständlich nur die Punktion Aufschluss zu geben, da er besondere Symptome an sich nicht machen kann. —

Ist einmal der Ascites constatirt, so ist der weitere Schritt zur Diagnose der, Affektionen anderer Organe auszuschliessen, die Erguss in's Cavum peritonaei machen können, vor allem die grosse Reihe von solchen, welche Stauung im Pfortadergebiet bewirken. In erster Linie ist hier zu nennen die Lebercirrhose, die sich aber zumeist an leicht ikterischer Verfärbung der Sclerae, an Leberverkleinerung und Milzschwellung, am constatirten abusus spirituosorum wird erkennen lassen. Der Erguss, der häufig punktirt werden muss, pflegt sich sehr rasch wieder anzusammeln und entspricht (freilich auch mit Ausnahmen, wenn nemlich entzündliche Reizung des Peritonaeums, wie nicht allzu selten, intercurrirt) mehr dem Transsudat. Dabei ist aber zu beachten, dass auch bei Lebercirrhose zeitweiliges gänzliches Verschwinden des Ascites vorkommen kann. So beobachtete ich auf der hiesigen medicinischen Klinik vor 3 Jahren einen 35jährigen Taglöhner, bei dem Ascites bis zum Nabel (Peripherie 95 cm.), leichte Leber- und Milzschwellung, eiweissfreier Urin, Hämorrhagieen in Haut und Retina constatirt, die Diagnose auf Lebercirrhose gestellt wurde. Unter Auftreten hohen, bis zu 40,6° sich erhebenden Fiebers, für das eine Erklärung nicht gefunden werden konnte, erhob sich die Urinsecretion bis zu 2400 c.cm. in maximo und nach 6wöchentlichem Spitalaufenthalt wurde Pat. frei von Ascites in gutem Befinden entlassen. Zwei Jahre später, nachdem er in der Zwischenzeit gearbeitet hatte, liess sich Pat. wieder aufnehmen; er hatte nunmehr eine Bauchperipherie von 112—113, war leicht ikterisch, die Unterextremitäten ziemlich stark

ödematös; es wurde jezt neben Lebercirrhose allmählich sich entwickelnde Herzdegeneration angenommen. Viermal musste vor dem nach 7 Wochen erfolgenden Tode die Punctio abdominis gemacht werden; das specifische Gewicht der Flüssigkeit betrug zwischen 1007 und 1009, entsprach also einem Transsudat. Die Sektion (Hr. Prof. Ziegler) bestätigte die Diagnose: Herz verfettet, »Leber verkleinert (Gewicht 1050), besonders im rechten Lappen; Oberfläche granulirt, theils feinere, theils gröbere (bis bohnengrosse) Höcker. Das Gewebe besteht aus zähem, grauröthlichem Bindegewebe; nur noch $^1/_2$—$^3/_4$ mm. grosse Inseln von normalem Gewebe sind erhalten. Am hochgradigsten ist die Schrumpfung an der innern Hälfte des rechten Lappens. Milz mässig vergrössert (374 gr.), Kapsel graublau mit schiefergrauen Flecken, Pulpa dunkelgrauroth, weich, mit einzelnen dunkeln hämorrhagischen Stellen.

P. K. Pel (Referat im Centralblatt f. klin. Medicin 1883, pag. 83. — Deutsche med. Wochenschrift 1883 Nr. 10, pag. 143, Uebersezung aus dem Holländischen) beschreibt ebenfalls Fälle von Rückgang der Stauungserscheinungen bei notorischer Lebercirrhose. Es trat bei dem Kranken, einem 49jährigen Potator, welcher an Ascites, geringem Oedem der Beine, Melaena litt, ohne besondere Therapie reichliche Diurese bis zu 2200 c.cm. täglich ein; darnach erfolgte scheinbare Heilung, selbst eine rechtsseitige serofibrinöse Pleuritis wurde noch überstanden. Die Milz blieb vergrössert. Pel betont es an der Hand zweier Fälle, dass beim Fehlen von Stauungserscheinungen im Pfortadergebiet die Lebercirrhose ziemlich latent verlaufen könne und dass nicht so selten die gewöhnliche Aetiologie des Alcoholmissbrauches fehle. In solchen Fällen ist die Diagnose schwierig und Verwechslung mit chronischer Peritonitis möglich. Uebrigens ist der Harn bei Lebercirrhose nach Pel fast immer durch abnorm hohen Urobilingehalt ausgezeichnet. Bei günstiger Wendung der Krankheit soll durch ectatische collaterale Venen »auf Umwegen das Blut aus Peritoneum, Magen, Darm, Milz u. s. w. direkt der Vena cava zugeführt werden«.

In unseren Gegenden ist Lebercirrhose, schon weil der stärkere Branntweingenuss nicht verbreitet ist, relativ selten, beim

weiblichen Geschlechte wohl so gut wie nie vorkommend; die chronische Peritonitis jedenfalls nicht viel seltener als die Cirrhose. — Neben den Localzeichen wird aber der Gesammthabitus des Kranken den Cirrhotiker von dem an Peritonitis Leidenden gewöhnlich ohne allzu grosse Mühe unterscheiden lassen.

Für das weibliche Geschlecht ist die Differentialdiagnose der chronischen Peritonitis und der Ovarialcysten von besonderem Interesse. Zur Erkennung lezterer sind eine Anzahl von Zeichen aufgestellt, die wohl allein für sich nicht beweisend sein mögen, bei gleichzeitigem Zusammentreffen aber recht wohl die Diagnose mit höchster Wahrscheinlichkeit zu machen erlauben. So wird angegeben, dass man »die äusserste seitliche Gegend zwischen Darmbeinkamm und der XII. Rippe untersuchen soll; sie lässt in der Regel noch den hellen Schall des auf- und absteigenden Dickdarmes erkennen. Beim Ascites ist der Schall daselbst ganz dumpf. Doch kann unter besonderen Umständen selbt dieses Zeichen, sowie die weiterhin vorzunehmende Untersuchung durch Scheide und Mastdarm und die Erhebung der anamnestischen Momente im Stiche lassen« (Bamberger, Krkh. d. chylopoët. Syst. 1855, pag. 703).

Kommerell (Medic. Correspond.-Blatt f. Württemberg 1883, pag. 122) hat ganz neuerdings einen Fall aus der Tübinger gynäkologischen Klinik mitgetheilt, wo bei einer 36j. Frau in Rückenlage »in beiden Lendengegenden sowie rechts vorn unten tympanitischer Schall« vorhanden war und bei bimanueller Untersuchung der in's Scheidengewölbe hinaufgeführte Finger »von der aussen aufgelegten Hand deutlich einen Gegendruck durch Abwärtsdrängen des Scheidengewölbes« bekam. Auch dieses sonst für sehr werthvoll erachtete Zeichen war mitbestimmend für die vorläufige Diagnose »Ovariencyste«. Da aber nach einer später vorgenommenen Punktion des Bauches ein grosser höckeriger Tumor unter dem l. Rippenbogen zum Vorschein kam, so wurde ein Carcinom des Nezes mit secundärem Erguss angenommen. Die Sektion ergab in der Hauptsache: Carcinom des Magens, Peritonitis und Pleuritis sarcomatosa, »Colon ascendens und Coecum durch Luft stark ausgedehnt, dabei fest fixirt an der rechten Aussenseite des Bauchraums; auch

die flexura hepatica fest an der Bauchwand fixirt; Mesenterium der verschiedenen Darmschlingen durchweg verkürzt«. Die abweichenden, dem ascitischen Erguss an sich nicht entsprechenden Percussionsergebnisse dürften hiermit zur Genüge erklärt sein; doch sind dies immer Möglichkeiten, die bei Stellung der Diagnose in Betracht zu ziehen sind. Gerade auch bei Peritonitis chronica, wo Verklebungen und Verwachsungen nicht so selten sind, kommen derartige Verhältnisse zuweilen vor und es fehlt der Wechsel des Percussionsschalles bei veränderter Lage. Man wird aus Solchem den Schluss ziehen dürfen, dass die Diagnose des ascitischen Ergusses unter Umständen noch gestattet ist, wenn auch die abhängigsten Parthieen keine absolute Dämpfung ergeben. Bezüglich des Vordrängens eines »eipolähnlichen« Segmentes des Scheidengewölbes, welches bei Ovarialcysten durch aussen applicirten Druck mit der Hand erfolgen soll, so ist, wie auch Kommerell hervorhebt, nicht einzusehen, warum nicht auch eine gespannte ascitische Flüssigkeit ähnlichen Effekt soll haben können. Von der Grösse des mit der Hand ausgeübten Druckes kann man sich, wie ich hinzufügen möchte, eine Vorstellung machen, wenn man gegen das Ende der Punktion eines Bauchexsudates den schon matter fliessenden Strahl durch mässigen Druck auf die Bauchdecken sofort zu kräftigerem Strömen bringen kann. Ist nun gar das Scheidengewölbe an sich schlaff (durch vorausgegangene Geburten), zugleich der Uterus fixirt, so wird die Vorstülpung um so leichter erfolgen können. Die Unterscheidung, bei Ascites erfolge die Vorwölbung mehr in toto, bei Ovariencysten trete ein circumscripter Pol im Scheidengewölbe dem Finger entgegen, erscheint mir fast allzu fein, dürfte jedenfalls nicht in allen Fällen zutreffen. — Die Form der Dämpfung, ihre mehr rundlichen Contouren, der ausbleibende Wechsel der Umrisse der Dämpfung bei Lageänderung wird zumeist die Ovarialcyste unterscheiden lassen. Bezüglich des Details sei auf die Lehrbücher der Gynäkologie verwiesen.

Eine kurze Zusammenstellung der hier in Betracht kommenden diagnostischen Momente bringt Eichhorst im Artikel »Ascites« von Eulenburg's Encyclopädie, Bd. I. pag. 547.

Die Verwechslungen des Ascites mit Tympanites, einer stark

gefüllten Blase, dem schwangeren Uterus, subperitonäalen Phlegmonen der vorderen Bauchwand, den an sich schon seltenen sog. encystirten Tumoren der Bauchwand [1]), selbst mit dem dilatirten Magen, wie sie schon vorgekommen sein sollen (Grisolle, l. c. II, pag. 282) mögen nur der Vollständigkeit halber hier erwähnt sein. Genauere Untersuchung wird davor schüzen. Die encystirten Tumoren, die bereits Morgagni [2]) kennt, wurden schon in einer Grösse gesehen, dass sie vom Epigastrium zur Schossfuge und von einem Hypochondrium zum andern reichten. Grisolle (l. c. I, pag. 721) gibt an, dass man bei stärkerem Druck mit dem Plessimeter auf die abhängigen Theile der Bauchwand, an dem etwas helleren Perkussionston und dem Gefühl von Elasticität unter den Fingern merke »que les intestins existent à ce niveau, et qu'ils n'ont pas été déplacés, circonstance capitale, puisque nous avons vu que constamment dans l'ascite ils étaient refoulés au-dessus de l'épanchement«. Lezteres ist natürlich nur dann möglich, wenn die Gedärme noch frei beweglich, ihr Mesenterium nicht verkürzt ist, die Darmschlingen nicht fixirt oder irgendwie verwachsen sind.

Da wo neben einem Erguss Tumoren im Bauche gefunden werden, wird man, zumal bei älteren Individuen auf's Genaueste ihre Natur, ob Carcinom, Sarcom, »Tuberkel«, zu bestimmen suchen müssen. Ueber mehr als eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose wird man dabei oft nicht hinauskommen und die hauptsächlichste Entscheidung dem Verlaufe der Krankheit überlassen müssen; so ist es in der That nicht möglich, die Malignität einer Neubildung von vornherein mit Sicherheit festzustellen. Oft genug verschwinden auch derartige Tumoren wieder, wie Fall 22 ein sehr schönes Beispiel liefert; es sind eben Fibrinmassen gewesen. Andererseits kann eine maligne Neubildung wieder sehr maskirt neben dem Ascites verlaufen. So machten wir ganz kürzlich in der Klinik die

1) Auch Urachus- und Dottergangcysten dürften hierher gehören.

2) De sedib. et causis morborum. Epist. XXXVIII. Im Artikel 47 eine Stelle: »illa Spigelii nostri (observatio), qui cum in Moravia esset, hydropem spurium in foemina adnotavit inter abdomen proprie dictum et musculos qui introrsum quasi incurvantur. Inde humoris nigri librae decem promanarunt.« Andere, ähnlich lautende Befunde im Artikel 48 etc.

Sektion einer 58jährigen Frau, die einen Erguss in's cavum peritonaei während des Lebens geboten. Bei einer nothwendig gewordenen Punktion ergab sich ein specifisches Gewicht der ascitischen Flüssigkeit von 1013,5, welches nach keiner Seite hin für die Frage, ob Exsudat oder Transsudat vorliege, beweisend sein konnte. Da der Urin eiweisshältig war, so konnte eine simple Peritonitis nicht wohl vorliegen; Digitalis erwies sich als wirkungslos. Die Obduktion ergab ein walnussgrosses, scharfbegrenztes, lappiges Sarcom des Uterus, das dessen Hinterwand in das Lumen des in nur geringem Grade vergrösserten Organes vorwölbte; die Frau hatte übrigens 10mal geboren, so dass die leichte Vergrösserung des Uterus nicht aufgefallen war. Ein Ausfluss u. dergl. hatte nicht bestanden. Der Tumor war einerseits von der Serosa, andererseits von der verdünnten Muscularis überzogen; ausserdem fanden sich miliare, punkt- bis stecknadelknopfgrosse metastatische Sarcome der Bauchserosa, der Serosa der Gedärme, im Nez und Mesenterium in übergrosser Zahl. — Ergüssen, die auf malignen Neubildungen beruhen, kann irgend eine Specifität nicht zugemessen werden; alles zusammen, der Verlauf, das Verhalten des Exsudates nach Punktionen, Alter und Ernährungszustand des Kranken muss in Betracht gezogen werden, um die Diagnose zu ermöglichen.

Die peritonitischen Ergüsse, welche Herz- und Nierenaffektionen begleiten, bedürfen der ausführlicheren Besprechung an dieser Stelle wohl nicht.

Die von Friedreich beschriebene (Virchow's Archiv, 58. Bd.) chronische, hämorrhagische (der Pachymeningitis int. haemorrhag. analoge) Peritonitis bei Mitralklappenfehler, und die von Bäumler (ebenda 59. Bd.) bei Morb. Brightii chronicus beobachtete, vielleicht mit wiederholten Punktionen in Zusammenhang stehende, chronische pseudomembranöse Peritonitis möge hier noch Erwähnung finden.

Es sind somit, um es kurz auszudrücken, mehr negative Momente, welche die Diagnose der einfachen chronischen Peritonitis stellen lassen; ein mit meist geringen Beschwerden einhergehender Erguss, der gewöhnlich eine gewisse Tendenz zur Heilung zeigt.

Gleichzeitige Pleuritis oder »Vaginalitis« unterstüzt die Diagnose und darf nicht den Schluss auf die gewöhnlichen, zu multiplen Ergüssen in seröse Säcke führende Ursachen gestatten. Im Gegentheil, wo der leiseste Verdacht einer Herz- oder Nierenkrankheit vorliegt, wo etwa Eiweiss im Urin gefunden wird, ist principiell die Annahme der einfachen Peritonitis zurückzuweisen, selbstverständlich auch da, wo neben dem Ascites Venenectasieen der Bauchwand auf gröbere Circulationsstörungen im Bauchraume hindeuten oder stärkeres Oedem der Beine die venöse Stauung direkt anzeigt. Nur geringes Oedem der Unterextremitäten wird bei starken und lange dauernden Ergüssen in den Bauchraum zuweilen beobachtet; sie haben die Eigenthümlichkeit, dass sie gewöhnlich bei eben beginnender Abnahme des Ascites oder nach einer Punktion desselben verschwinden und bei ruhigem Verhalten des Kranken meist nicht wiederkehren. Mässiges Fieber ist so häufig, dass es als die Diagnose unterstüzend angesehen werden darf; es pflegt aber aufzuhören, wenn das Exsudat stationär geworden oder in Resorption begriffen ist. Wo Fieber vorhanden ist, wird man stets genau auf den Puls zu achten haben, und wo dessen Frequenz dauernd eine ungewöhnlich hohe ist, den Verdacht auf Tuberculose festhalten müssen, ein Verdacht, der sich freilich manchmal nicht bestätigt. — Die von Galvagni angeführten neuen, allerdings nur in einzelnen Fällen vorhandenen, Zeichen: Milztumor und Inflammatio periumbilicalis sind für gewöhnlich nicht zu verwerthen. Milzschwellung, ein gewöhnliches Symptom bei Lebercirrhose, erweckt im besten Falle Zweifel und Verdacht auf Störung im Pfortaderkreislauf, die Nabelentzündung ist zu selten, als dass sie in Betracht käme; ob sie gerade vorzugsweise bei fibrinöser Peritonitis vorkommt, vielleicht auch bei »Mesenteritis und Epiploitis« (Galvagni), will ich nicht entscheiden; jedenfalls ist die Vallin'sche Behauptung, sie deute auf ursprüngliche Miliartuberculose hin, zu einseitig.

Schliesslich möchte ich die Aufmerksamkeit noch kurz auf solche ascitische Ergüsse lenken, welche, als Theilerscheinung eines allgemeinen, aus unbekannter Ursache entstandenen Hydrops, in

der That als »essentieller Ascites« bezeichnet werden könnten. — Ich halte die Fälle für sehr selten; vor verschiedenen Jahren habe ich auf der hiesigen Klinik einen solchen Fall beobachtet. Am 27. VII. 1877 wurde der 19jährige Steinhauer Max B., aus Bovo im Trientinischen, in die Klinik aufgenommen. Er stammte aus gesunder Familie, war nie nennenswerth krank (nie Malaria!), im Winter 76/77 hatte er 6 Monate lang im Tunnel gearbeitet, war aber darnach ganz gesund gewesen.

Am 15. VII. war er mit Frösteln, Schwächegefühl, Seitenstechen erkrankt, seit 8 Tagen wurden Oedeme bemerkt. Pat. zeigte in der Hauptsache, bei auffallend blasser Gesichtsfarbe und Abwesenheit von Cyanose, doppelseitigen Hydrothorax bis zum Schulterblattwinkel, mässigen freien Erguss in die Bauchhöhle, ziemlich starkes Oedem der Unterextremitäten, keinerlei Herzaffektion, eiweissfreien und zuckerfreien Urin. Fieber bestand nur an den ersten 3 Tagen und zwar nur Abends (in maximo 38,5°), vom 30. VII. ab Normaltemperaturen. Die Behandlung war rein exspektativ. Es verschwanden bei reichlicher Diurese zunächst Anasarca und Ascites (am 4. VIII. nicht mehr nachweisbar), der Hydrothorax hielt sich am längsten, war aber am 5. VIII. nicht mehr vorhanden. Die leider erst vom 1—7. VIII. notirten Harnmengen betrugen 2140, 2680, 3550, 2650, 3260, 3120, 3640 c.cm. Eiweiss konnte troz öfterer Untersuchung im Urin nie nachgewiesen werden. —

Am 8. VIII. wurde der Kranke in vollkommenem Wohlbefinden entlassen; sein Gewicht hatte durch Wegfall der Oedeme von 63,5 Kgr. beim Eintritt auf 57 Kgr. abgenommen. Wir haben diesen Fall unter dem Titel des »essentiellen Hydrops« geführt, da eine zureichende Aetiologie für die allgemeinen Oedeme sich nicht auffinden liess. — Es scheint auch nichts darauf hinzuweisen, dass der Fall der schon länger bekannten, von Quincke (Berl. klin. Wochenschrift 1882, pag. 409) wieder genauer beschriebenen einfachen Scharlachwassersucht ohne Albuminurie zugehöre, oder dem essentiellen Hydrops, wie er auch nach Masern beobachtet wurde.

Ich glaube, dass man für einzelne Fälle, die nicht unter die eben genannten Gesichtspunkte entfallen, den leidigen Namen des

»Hydrops essentialis« bis auf Weiteres wird beibehalten müssen, als ein Zeichen der absoluten Unkenntniss der hier in Betracht kommenden ätiologischen Momente. Im Uebrigen ist es mir wohl bekannt, dass schon starke Durchnässungen als Ursache für derartige Affektionen angegeben wurden und dass ein gehäuftes, fast epidemisches Auftreten ähnlicher Fälle beobachtet ist.

E. Dinkelacker hat in einer Kieler Dissertation 1882 über »akutes Oedem« Mittheilungen gemacht und stellt 14 Fälle dieser Kategorie zusammen. Die ödematösen Schwellungen betrafen meist äussere Haut und Schleimhaut zu gleicher Zeit, waren auch wohl mit Urticaria und urticariaähnlichen Exanthemen vergesellschaftet. Von Ergüssen in seröse Säcke habe ich nur solche in Gelenke einmal (l. c. Fall 1) erwähnt gefunden. Bei verschiedenen dieser Fälle schien die Einwirkung der Kälte eine Rolle zu spielen. Die im Ganzen immerhin seltene Affektion wird vom Verfasser als Angioneurose aufgefasst. Die Prognose des Leidens soll, was vollständigen Rückgang desselben betrifft, schlecht sein. —

Für die chronisch entzündlichen Ergüsse aber, wie wir sie beschrieben und wie sie Andere unzweifelhaft unter dem Namen »Ascites« vor sich gehabt haben, wird sich die Bezeichnung der exsudativen Peritonitis gewiss mehr empfehlen; und sie wird für Denjenigen nichts Gezwungenes haben, der zur Erkenntniss gekommen ist, dass die Entzündung des Bauchfelles, analog denen anderer seröser Häute, unter milderen Formen verlaufen kann, deren Ausgang nicht der Tod, sondern die Genesung zu sein scheint.

Therapie.

Die Therapie verdient eine eingehende Besprechung, da sie als ein wesentlicher Faktor im günstigen Verlauf der Krankheit zu betrachten ist. In den ganz einfachen Fällen von chronischer Peritonitis freilich ist sie höchst einfach, kann sich beschränken auf Abhaltung von Schädlichkeiten, Bettruhe, gute Ernährung. Man wird bei diesem Regime, zumal bei jugendlichen Individuen, den einen und andern Erguss sich resorbiren sehen; als Unterstüzungsmittel kann, bei sonst guter Verdauung, Leberthran gegeben wer-

den, das nicht etwa als Antiscrofulosum oder dergl. wirken, sondern mit Besserung der Ernährung überhaupt günstigere Chancen für die Ausheilung und Resorption des Exsudates bieten soll. Fall 2, 14, 15, 17 sind in solcher Weise exspektativ behandelt; Nr. 15 in der späteren Zeit auch mit Leberthran. Galvagni gibt den Leberthran, wie auch Eisen und Amara, zur Nachkur; Fieberlosigkeit wenigstens würde ich als Vorbedingung bei Darreichung des Thranes ansehen. Bei jedem, sonst günstig aussehenden, Falle kann der Versuch exspektativer Behandlung gemacht werden; man sollte ihn aber aufgeben, wenn in 10—14 Tagen keine Wendung zum Besseren sich bemerkbar macht.

Nicht ohne Einfluss, aber gewiss auch nur bei leichteren Fällen, zeigen sich dauernd angewandte Priessnitz'sche Umschläge, denen mit etwas kräftigerer Wirkung Kataplasmen an die Seite gestellt werden können. Leztere müssen gross sein, das ganze Abdomen überdecken, können aber selbstverständlich nur bei Abwesenheit von Fieber in Anwendung kommen. Ihre Application hat troz ihres Gewichtes keine Schwierigkeit, da bei chronischer Peritonitis die Druckempfindlichkeit des Bauches gering zu sein oder ganz zu fehlen pflegt. Die Anregung der Circulation, Erweiterung von Gefässen durch die andauernde Wärmewirkung dürfte die Ratio bei diesem oft nüzlich sich erweisenden Kurverfahren sein. Die Fälle 4, 5, 6, 16, 19, 25, 28 sind mit Kataplasmen, 7, 8, 9, 18 mit Priessnitz'schen Umschlägen behandelt.

Eine etwas ausgedehntere Erfahrung steht mir zu Gebot über die Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe, welche bei verschiedenen Fällen, Nro. 1, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 20—28 in Anwendung kam, bei einigen (8, 28), nachdem andere Mittel scheinbar wirkungslos gewesen waren. Zwar meint Bamberger (l. c. pag. 698) »von den übrigen äusseren Mitteln [feuchte Wärme, Kataplasmen, warme Bäder] ist weit weniger zu erwarten; man kann mit Vorsicht Mercurialeinreibungen versuchen; doch habe ich weit öfter gesehen, dass durch ihre üblen Nachwirkungen die Reconvalescenz bedeutend verzögert wurde, als dass ihnen eine entschiedene Einwirkung auf die Resorption zuzuschreiben gewesen

wäre«. Reinh. Köhler (Spec. Therapie II, 1868 pag. 368) räth Quecksilbersalben bei Peritonit. chron. mit Vorsicht und nur bis zu den ersten Zeichen eines Mundleidens zu benüzen. Zu den gewaltsamen Inunktionskuren, wie sie einzelne Franzosen und Engländer (Velpeau, Chauffard, Thompson) empfohlen haben, wird man sich in jeziger Zeit wohl nicht mehr verstehen. Die hier in der Klinik gegebene Tagesdosis ist 2 bis höchstens 4 gr. Unguent. ciner.; bei beginnender Mundaffection wird sofort ausgesezt. Wenn man eine grössere Reihe von derartig behandelten Fällen überblickt, so kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass bei anscheinend stationär gewordenen Exsudaten nicht so gar selten die Inunktion der grauen Salbe die Resorption des Exsudates einleitet und fördert. Ich will auf theoretische Erwägungen hier nicht eingehen; in Herm. Köhler's Handbuch der physiologischen Therapeutik, 1867 pag. 621 ist Näheres hierüber verzeichnet. Schwangerschaft gilt bei Manchen als Contraindication für Quecksilbergebrauch; bei Fall 20 haben wir, wie es scheint, mit Erfolg und ohne jeglichen Nachtheil die graue Salbe eingerieben. Selbst den Einwurf will ich mir gefallen lassen, es möchte die bei solchen Einreibungen unvermeidliche Massage des Bauches bis zu einem gewissen Grade zu den guten Erfolgen beigetragen haben. Einzelne Fälle haben wir in der Weise genauer beobachtet, dass wir Urinsecretion, Bauchumfang, Körpergewicht genau controlirten. So ist z. B. bei Fall 26 in der daselbst mitgetheilten Tabelle, ebenso bei Fall 27 und 28 eine Vermehrung der Urinsecretion einige Zeit nach Beginn der Einreibungen und ebenso das Aussezen derselben noch etwas überdauernd, zu verzeichnen. Besonders eklatant aber und so, dass ein Zweifel an dem Zusammenhang zwischen Einreibung und Vermehrung der Urinsecretion wohl nicht mehr bestehen kann, haben wir diese Thatsachen beobachtet bei einem Fall, den ich hier in Kürze mittheilen muss [1]). Es handelte sich um einen Notariatskandidaten Johannes K. aus Gruorn, welcher, 20 Jahre alt, am 11. VIII. 76 erstmals in die medicinische Klinik aufgenommen

1) Hr. Osc. Sattler wird denselben demnächst in einer Inauguraldissertation ausführlicher publiciren.

wurde. Es wurde damals die Diagnose auf Lebercirrhose gestellt in Anbetracht von bedeutendem ascitischem Erguss, leicht ikterischer Färbung, Milzschwellung etc. Ganz ausreichende Aetiologie schien zu fehlen. Die Punktion des Bauches, welche erstmals am 14. VIII. 76 ausgeführt wurde und stets wieder von Zeit zu Zeit wiederholt werden musste, entleerte immer sehr reichliche Mengen einer Flüssigkeit vom specifischen Gewicht 1016 und mehr, bis 1021. Bei einer Punktion vom 11. VI. 77 wurde der Eiweissgehalt der Flüssigkeit zu 5,3% bestimmt; specifisches Gewicht 1020. Dieses Verhalten der Punktionsflüssigkeit entsprach allerdings mehr einem entzündlichen Exsudat und bei den in ziemlich kurzen Pausen immer wieder erfolgenden Aufnahmen in die Klinik machte sich mehr und mehr die Ansicht geltend, dass neben der einfachen Cirrhose ein chronisch entzündlicher Process im Peritonäum anzunehmen sei. Die lezte Punktion, welche eine Flüssigkeit von höherem specifischem Gewicht (1017) und zwar in der Menge von 21¼ Liter ergab, war am 18. VIII. 79. Dann wanderte Pat. troz alles Abrathens nach Amerika (!) aus, von wo er aber im Oktober 80 wieder zurückkehrte. Punktirt war er in der Zwischenzeit nicht worden. Mit kolossalem Erguss in die Bauchhöhle, einer Bauchperipherie von 130—131 cm. und einem Gewicht von 85 Kgr. wurde er damals (zum 4. Male) am 27. X. 80 in die Klinik aufgenommen. Da die Urinsecretion in den ersten 4 Tagen (28—31. X.) spontan sehr reichlich war, so dass das Körpergewicht auf 72,5 Kgr. fiel, so wurde zunächst nichts unternommen; als aber plözlich vom 1. XI. ab die Urinmenge sichtlich abnahm, wurde mit Einreibungen von Unguent. cinereum begonnen, Morgens und Abends je 2 gr. In der nachfolgenden Tabelle habe ich, um sie nicht allzu lang erscheinen zu lassen, je aus 4tägigen Perioden das Mittel gezogen. Die Klammern bezeichnen die Zeit, in welcher eingerieben wurde, die dabei bemerkten Körpergewichte, welche eine Zeit lang täglich bestimmt wurden, beziehen sich auf die Werthe, die bei Beginn der Einreibung (a) und am Tage, wo mit derselben ausgesezt wurde (b), notirt sind.

28.—31. X. 80. 5520 c.cm.

1.—4. XI. 2125

5.—8.	XI. 80	1500 c.cm.	
9.—12.		1600	
13.—16.		1250	Unguent. ciner. 13.—22. XI.
17.—20.		1200	a) 76,1 Kgr.
21.—24.		1425	b) 75,7 »
25.—28.		1500	
29.—2.	XII.	1400	
3.—6.		1350	
7.—10.		1225	Ung. ciner. v. 5.—17. XII.
11.—14.		1450	a) 77,1 Kgr.
15.—18.		1625	b) 73 «
19.—22.		1400	
23.—26.		1150	
27.—30.		1000	
31.—3.	I. 81.	800	
4.—7.		825	
8.—11.		975	Ung. ciner. v. 5.—20. I.
12.—15.		1650	a) 77,7 Kgr.
16.—19.		1825	b) 71,2 «
20.—23.		1475	
24.—27.		975	
28.—31.		875	
1.—4.	II.	725	
5.—8.		825	Ung. ciner. v. 1.—19. II. 2,0
9.—12.		1050	p. die, v. 20.—28. II. 4,0 p.die.
13.—16.		1125	a) 72,8 K.
17.—20.		1100	b) 72,4 K.
21.—24.		1175	
25.—28.		1100	
1.—4.	III.	975	
5.—8.		825	
9.—12.		875	
13.—16.		900	Ung. ciner. v. 13.—25. III.
17.—20.		1400	a) 78 K.
21.—24.		1950	b) 72,3 K.

25.—28. III. 81.	1775	
29.—1. IV.	1150	
2.—5.	850 c.cm.	
6.—9.	750	
10.—13.	725	Ung. ciner. v. 10.—24. IV.
14.—17.	1050	a) 75,8 K.
18.—21.	1225	b) 73,5 »
22.—25.	1875	
26.—29.	1425	
30.—3. V.	850	
4.—7.	775	
8.—11.	700	
12.—15.	800	
16.—19.	750	
20.—23.	800	Ung. ciner. v. 19. V. bis 18. VI.
24.—27.	925	a) 77,5 K.
28.—31.	1275	b) 73,9 «
1.—4. VI.	1225	
5.—8.	1075	
9.—12.	1025	
13.—16.	1050	
17.—20.	875	
21.—24.	650	
25.—28.	550	

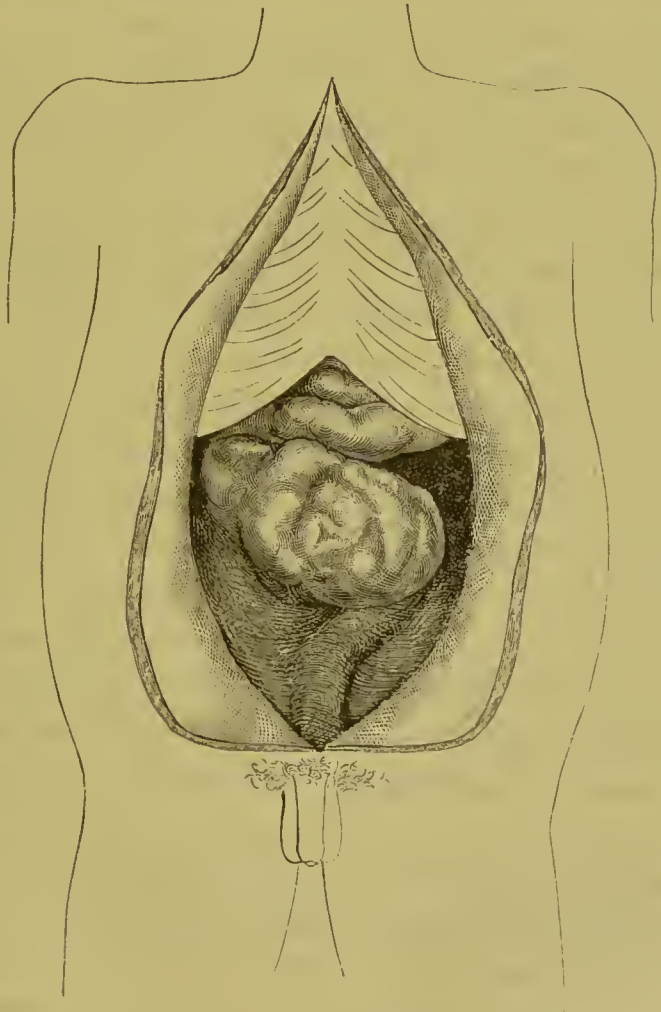
Ein Blick auf die Tabelle lehrt in unzweifelhafter Weise, wie die Einreibung der grauen Salbe die Urinsecretion beeinflusst, so dass einige Zeit nach Beginn derselben die Quantität des Urins regelmässig steigt, auf ein gewisses Maximum gelangt, dann aber bei dem durch Mundaffektion nothwendig gewordenen Aussezen der Inunktion wieder absinkt, bis erneute Einreibung wiederum vermehrte Diurese hervorruft. Hand in Hand mit der reichlicheren Harnausscheidung geht die Abnahme des Körpergewichtes. Diese Wirkung hat sich bei unserem Falle zu verschiedenen Malen mit der Sicherheit des Experimentes erzielen lassen und hier irgend eine Zufälligkeit zu vermuthen, hiesse den Skepticismus doch allzu

weit treiben. Allmählich freilich hörte die urinvermehrende Wirkung der Einreibungen auf, war wenigstens minder deutlich und, wie anzunehmen ist, aus wohl begreiflichen Gründen. Die nächste Punktion nemlich, die nach 22monatlicher Pause 28. VI. 81 wiederum nothwendig wurde, entleerte 14 Liter einer Flüssigkeit vom specifischen Gewichte 1011, alle Punktionen seit dieser Zeit — es sind deren noch 18 bis zum schliesslichen letalen Ausgange — ergeben eine langsame, aber stetige Abnahme des specifischen Gewichtes bis auf 1006,5. Es verlor somit die ascitische Flüssigkeit allmählich den Charakter des entzündlichen Exsudates, und bemerkenswerther Weise war damit der Anfang gemacht, nach Einleitung eines Kurverfahrens, dem wir einen Heileffekt auf entzündliche Processe seröser Häute zuzuschreiben gewohnt sind. Sollte die Einreibung der grauen Salbe die entzündlichen Vorgänge im Peritonäum beseitigt haben? Einen Einfluss auf den schon vorher bestehenden cirrhotischen Process der Leber hatte sie natürlich nicht, ihre Wirkung musste somit nach und nach aufhören. Die Circulationsstörung im Gebiet der Pfortader ergab sich übrigens aus einer allmählich sich entwickelnden Ectasie der Venen der Bauchhaut unmittelbar. — Schon 2 Tage nach seiner Entlassung kehrte der Kranke am 6. VIII. 81 in die Klinik zurück; wahrscheinlich veranlasst durch einen Trinkexcess hatte er eine Nephritis acquirirt; der früher stets eiweissfreie Urin enthielt jezt Blut, Eiweiss, Cylinder. Dieser Befund des Urines dauerte bis zu dem am 8. VIII. 1882 erfolgten Tode an. Nach den Punktionen, wegen deren sich der Kranke stets für kurze Zeit in die Klinik aufnehmen liess, konnte regelmässig durch die zwar ödematösen, dabei aber doch schlaffen Bauchdecken in der Oberbauchgegend ein grosser, ab und zu Peristaltik zeigender, als Magen aufgefasster Tumor gefühlt werden, die Unterbauchgegend war eingenommen von frei beweglicher ascitischer Flüssigkeit. Leztere wurde im Laufe von 6 Jahren im Ganzen 34mal punktirt und Summa Summarum 456¾ Liter Flüssigkeit entleert.

Dieser Fall wird allerdings weit übertroffen durch den, welchen Antonio Lanini im LI. Bd. des »Sperimentale« mittheilt (ref. im Centralbl. für klin. Medicin Nr. 22. 1883). Hier wurden einem

34jährigen Manne im Laufe von $4^1/_2$ Jahren in 92 Punktionen 1561 Kgr. klarer Flüssigkeit (specifisches Gewicht?) entnommen ohne erhebliche Schwächung des Gesammtorganismus. Der Pfortaderkreislauf war frei, Urin normal; zweimal Attaquen von links-, resp. rechtsseitiger Pleuritis. Dürfte der »caso singolare di ascite« nicht unsere chronische exsudative Peritonitis sein?

Aus dem Sektionsprotokoll (Hr. Prof. Ziegler) des oben erwähnten Falles sei im Auszuge Einiges mitgetheilt. »Bei der Eröffnung der Bauchhöhle wird zunächst, dicht oberhalb des Nabels gelegen, ein ziemlich umfangreicher Tumor sichtbar, der quer von



rechts nach links hinüberzieht, eine glatte Oberfläche besizt und sich aus Cysten zusammenzusezen scheint. Der Tumor hat im grossen

Ganzen die Gestalt eines ausgedehnten Magens. Ueber ihm liegend, dicht am Zwerchfell, befindet sich ein zweiter Tumor, das Aussehen eines prall gefüllten Darmes zeigend und sich so anfühlend, ebenfalls quer von rechts nach links ziehend. Eine weitere Untersuchung zeigt, dass die beiden Tumoren im rechten Hypochondrium in einander übergehen, etwa wie eine flexura coli hepatica. Nach links senkt sich die darmähnliche cystische Bildung am Rippenbogenrande in das Bauchfell ein. — Lezteres ist in seinem Wandtheil sehr stark verdickt, bildet eine derbe, glänzend weisse, dicke Membran. Nach Entleerung der (trüben, grauweissen) ascitischen Flüssigkeit zeigt sich: unterhalb des in Magenhöhe gelegenen Tumors ist die Bauchhöhle vollkommen frei von jeglichem Inhalt; man sieht keine einzige Darmschlinge; weder eine Dünndarm-, noch eine Dickdarmschlinge hebt sich unterhalb des compakten Tumors äusserlich ab, sondern man sieht nur eine einfache Höhle, ausgekleidet vom glänzend weissen, dicken Peritonäum. Der Eingang in das Becken ist äusserst eng, gestattet nur zwei Fingern den Eintritt; die Eintrittsstelle des Rectums ist markirt durch ein stärkeres Vorspringen der über dem Peritonäum gelegenen Beckenserosa.« — »Leber verkleinert, Form mehr walzenförmig, auf der Schnittfläche exquisit granulirte Beschaffenheit, indem hirse- bis hanfkorngrosse gelb gefärbte Granula über ein mehr roth gefärbtes Bindegewebe hervorspringen; Acini äusserst reducirt. Gewicht des Organes mit Bindegewebsanhängen und Stücken vom Zwerchfell (mit dem es untrennbar verwachsen ist) beträgt 1690 gr.« Milz vergrössert, mit Kapsel 490 gr. wiegend, Hyperplasie zeigend. Nieren im Zustand der Stauungsniere; Herzbeutel obliterirt. —

Das Interesse, das genannter Fall nach verschiedenen Richtungen hin bietet, mag es rechtfertigen, wenn er an dieser Stelle etwas ausführlicher besprochen wurde; die chronische, nicht tuberculöse Peritonitis, die zu Schrumpfung und Einrollung der Därme in das geschrumpfte Peritonäum führte, hatte wohl von Haus aus einen benignen Charakter und ist nur durch das mechanische Moment der Darmverlagerung für den Organismus von Bedeutung geworden. Die Frage, wie weit Lebercirrhose und Peritonitis in

Zusammenhang stehen, ob vielleicht nicht unter Umständen die letztere zu secundärer Betheiligung des Bindegewebes der Leber und zur Cirrhose führen könne, ist schon früher kurz besprochen (pag. 120). Immerhin dürfte dieser Fall die Aufmerksamkeit wiederum auf die von mancher Seite als irrationell verpönte Einreibung der grauen Salbe lenken und für geeignet scheinende (nicht etwa bloss auf etwaiger Syphilis beruhende) Fälle deren Anwendung veranlassen.

Galvagni sah nur in 1 Fall das Verschwinden des Ergusses mit Mercurialeinreibung zusammenfallen, in einem zweiten hatte die Besserung schon vorher begonnen, in einem dritten war die Einreibung wegen eintretender Stomatitis nur wenige Tage möglich.

Ueber die Pinselungen mit Jodtinktur, die von Einzelnen bei chronischer Peritonitis warm empfohlen werden, fehlen mir eigene Erfahrungen. Galvagni hat in 5 seiner Fälle Jod äusserlich angewandt und von ihm resorbirende Wirkung gesehen.

Vesicatore, die wie es scheint in Italien noch angewandt werden, dürften bei uns keines besonderen Beifalles sich erfreuen.

Drastica sind, als unter Umständen gefährlich, im Allgemeinen zu verwerfen, obwohl an sich reichliche Diarrhoë (cf. Fall 25) den Erguss recht wohl zu vermindern im Stande ist; wo aber gegen etwaige Obstipation etwas zu unternehmen ist, sind milde Laxantien oder Klystiere anzuwenden.

Diuretische Mittel (Scilla, Kali aceticum, Citronensaft, Radix Ononidis etc.) scheinen nicht besonders viel Wirkung zu haben; ob sie gerade in grösseren Dosen »Nierenhyperämie« machen, wie Manche fürchten, dürfte immerhin noch fraglich sein. —

Célarier will bei einer »Péritonite chronique de nature tuberculeuse« Erfolg vom »vin hydragogue majeur de Debruyne« (Jalape, Scilla, Kali nitric. etc.) gesehen haben.

Auch die schweisstreibenden Mittel sind, wie es scheint, nur dann von einigem Nuzen, wenn die Resorption so wie so schon im Gange ist. Auf der Höhe der Exsudation ist die Erzielung von Schweiss ohnedies schwierig.

Die Faradisation der Bauchwände, wie sie von russischer Seite, selbst bei Fällen von Ascites bei Leberkrebs empfohlen

und mit angeblich sehr gutem Erfolge angewandt wurde (vergl. Centralblatt f. klin. Medicin, II. Jahrgang, pag. 142), habe ich auch schon, und zwar sehr energisch, z. B. bei dem lezterwähnten Fall von Peritonitis mit Lebercirrhose angewandt, ohne mich von einer Wirkung überzeugen zu können.

Aehnliches muss ich berichten von der dauernden Compression des Bauches mittelst breiter Tücher etc., einem Verfahren, das an sich nicht irrationell erscheint. Bezüglich der Punktion des Bauches bei chronischer Peritonitis muss ich im Allgemeinen Galvagni beipflichten (l. c. p. 364, Sep.-Abdr. p. 85), welcher der Ansicht ist, dass sie reservirt bleiben solle für die Fälle von massigem Exsudat, welche keinerlei Tendenz zur Resorption zeigen und eben durch die Grösse des Ergusses bedrohlich werden. Dass sie aber, wenn sie nöthig erscheint, von uns häufig geübt wird, lehren unsere oben mitgetheilten Krankheitsfälle. Ganz ähnlich dem Verhalten bei Pleuritis wird die Punktion im Allgemeinen um so eher nöthig werden, je älter ein Individuum; sie aber, ich möchte sagen principiell und zur Einleitung der Resorption bei jedem erheblicheren Exsudat zu machen, wie Kormann (l. c.) empfiehlt, ist übertrieben und zum Mindesten überflüssig, wenn auch an sich die Punktion, zumal bei aseptischen Kautelen, ein ganz geringfügiger Eingriff sein mag. Uebrigens habe ich schon zwei Mal — es handelte sich dabei freilich um Ascites bei Lebercirrhose älterer Männer — nach der Punktion ausgedehnte Sugillationen der Bauchhaut, die bis herab in's Scrotum sich senkten, sich bilden sehen. Doch schienen diese, für den Kranken immerhin etwas beängstigenden, Blutaustritte, die wie es scheint, unter dem Parietalblatte des Peritonäums gelagert sind (eine Art Haematom — s. auch oben pag. 127), von keinerlei Bedeutung zu sein; bei dem einen Falle verminderte sich sogar zugleich mit Resorption des Blutergusses der Ascites in deutlicher Weise. Eine einfache, mit Schlauch verbundene, gut desinficirte Hohlnadel ist das zur Punktion vollkommen ausreichende Instrumentarium.

Eine »reizende« Einsprizung von Jodtinktur od. dergl. der Punktion nachzuschicken, wie es schon empfohlen wurde, dürfte

ein vorsichtiger und gewissenhafter Arzt nicht wohl über sich gewinnen, auch wenn eine grosse Toleranz des chronisch entzündeten Peritonäums vorausgesezt werden könnte.

Gegen das Fieber einzuschreiten, wird man sich bei den einfachen Formen der chronischen Peritonitis kaum veranlasst sehen; dasselbe ist von den Schmerzen zu sagen, die meist nur ganz gering sind und wenn sie in stärkerem Masse anfallsweise auftreten, stets den Verdacht erwecken können, dass es sich um jene selteneren prognostisch im Ganzen ungünstigen, Fälle von schrumpfender Peritonitis handeln könne.

Nachtrag zu pag. 109.

A. Toulmouche (Gaz. méd. de Paris, 1842, refer. in Gaz. des hôpit. 1842, pag. 696) berichtet in einem Aufsaze »de la péritonite chronique et des causes de la difficulté de son diagnostic« über 3 Fälle von Peritonitis (mit Obduktionsbefund), wovon einer mit Pleuritis duplex complicirt war. Ein Fall war tuberculöser Natur. Die Kranken waren ein Mann und eine Frau von 32 Jahren und eine 37j. Frau. — Einen der Fälle hatte Laennec seiner Zeit untersucht, ohne auf die Peritonitis aufmerksam geworden zu sein, welche durch andere Ergüsse maskirt worden war. In einem späteren Aufsaze (Gaz. méd. de Paris 1845, Nr. 41 und 42. Ref. in Schmidt's Jahrbücher, 29. Bd. Jahrgang 1846), handelt Toulmouche von »Darmperforationen, die aus einer pathologischen Ursache hervorgegangen sind und über dadurch verursachte totale oder partielle Peritonitis«. Lungenphthise, Dysenterie, Typhus, Krebsaffektion werden als ätiologische Momente aufgeführt, dabei ist ausdrücklich von einzelnen Fällen die Rede, die in Genesung übergiengen.